

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE

IDENTIFIKACE RIZIK CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ PRO OSOBY
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Sociální práce

Autor: Michaela Hýblová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Identifikace rizik chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením*“ vypracoval(a) samostatně a uvedl(a) v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použil(a).

V Olomouci dne 30. března 2024

Podpis

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Michaela Hýblová, DiS.</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Studijní program:	<i>Sociální práce</i>
Studijní program obhajoby práce:	<i>Sociální práce</i>
Vedoucí práce:	<i>Mgr. Jaroslav Šotola, Ph.D.</i>
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Identifikace rizik chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením
Anotace práce:	Bakalářská práce s názvem „Identifikace rizik chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením se věnuje tématu mapování rizik v této sociální službě. V teoretické části je specifikován pojem mentální postižení a charakterizováno chráněné bydlení, co by sociální služby vzniklé v rámci deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Větší pasáž je věnována rizikovým oblastem a rizikům, které mohou při poskytování služby vyvstat. Součástí praktické části jsou kazuistiky klientů, na jejichž rozhovorech a pozorování spolu s rozhovory s pracovníky sociální služby chráněného bydlení, je výzkumná část založena. Cílem práce je zjistit rizika chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením.
Klíčová slova:	Mentální postižení, chráněné bydlení, sociální služba, riziko, identifikace
Title of Thesis:	Identification of sheltered housing risks for people with mental disabilities
Annotation:	The bachelor thesis entitled "Identification of risks of sheltered housing for people with mental disabilities is devoted to the topic of risk mapping in this social service. The theoretical part specifies the concept of mental disability and characterizes sheltered housing, which would be social services created within the framework of

	<p>deinstitutionalization and transformation of social services. A larger passage is devoted to risk areas and risks that may arise in the provision of the service. The practical part includes case studies of clients, on whose interviews and observations, together with interviews with staff of the social service of sheltered housing, the research part is based. The aim of the thesis is to identify the risks of sheltered housing for people with intellectual disabilities.</p>
Keywords:	Mental disability, sheltered housing, social service, risk, identification
Názvy příloh vázaných v práci:	0
Počet literatury a zdrojů:	17
Rozsah práce:	53 s. (80 685 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod.....	7
1. Mentální postižení.....	8
1. 1 Specifikace mentálního postižení	9
1.2 Stupně mentálního postižení	10
1. 3 Komunikace osob s mentálním postižením.....	10
1.4 Integrace a socializace osob s mentálním postižením	11
2. Systém sociálních služeb	13
2. 1 Transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb	13
2. 2 Chráněné bydlení jako forma bydlení pro osoby s mentálním postižením.....	15
2. 3 Pomáhající profese vztahující se k chráněnému bydlení	17
2. 4 Typy chráněného bydlení.....	18
3. Práce s rizikem	20
3. 1 Riziko ve vztahu k lidem s mentálním postižením	21
3. 2 Identifikace rizik a mapování rizikových oblastí.....	22
3. 2. 1 Člověk s mentálním postižením a jeho práva.....	24
3. 2. 2 Způsobilost k právním úkonům člověka s mentálním postižením.....	25
3. 2. 3 Opatrovník	26
3. 3 Míra rizika, rizikovost.....	27
4. Empirická část.....	28
4. 1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky	28
4. 2 Metoda výzkumu a sběr dat	28
4. 3 Výzkumný vzorek	29
4. 4 Rizikové oblasti.....	33
4. 1. 1 Pohyb a samostatný pohyb v budově a venku.....	34
4. 1. 2. Hospodaření s finančními prostředky	37
4. 1. 3 Zdravotní rizika.....	39
4. 1. 4 Bydlení a vedení domácnosti	41
4. 1. 5. Problémové chování a komunikace	43

4. 1. 6. Partnerské vztahy a sexualita.....	45
Diskuze	47
Závěr	50
Seznam použité literatury	52

Úvod

Téma práce bylo autorkou zvoleno s ohledem na to, že se pohybuje ve sféře sociálních služeb, pracuje s cílovou skupinou lidí s mentálním postižením a téma riziko považuje při poskytování služby chráněné bydlení za každodenní realitu jak klientů, tak pracovníků chráněného bydlení. Pro kvalitní poskytování služby, je podle autorky předkládané práce důležitost identifikace rizikových situací, které mohou při poskytování služby chráněné bydlení vznikat, důležitým tématem.

Teoretická část předkládané práce se zabývá specifiky lidí s mentálním postižením a to s ohledem na to, aby bylo možné pochopit způsob práce s těmito osobami a to i v kontextu již zmíněných rizikových situací. Chráněné bydlení, jako služba vznikající v důsledku deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, je charakterizována jako služba vhodná pro klienty s mentálním postižením a jejich začlenění do běžného života. Avšak běžný život s sebou přináší i rizika, se kterým se klient setkává a musí se učit jak je co nejlépe zvládat tak, aby pro něj byl život na chráněném bydlení bezpečný.

V praktické části je nastíněna metoda provedeného výzkumu, který proběhl nejen mezi klienty chráněného bydlení, ale také mezi jeho pracovníky. Formou polostrukturovaných a neformálních rozhovorů a pozorování klientů a pracovníků bylo zjišťováno, jak obě zainteresované strany vnímají riziko každodenního života.

Cílem této práce tedy je zjistit jaká rizika vnímají klienti a pracovníci konkrétního chráněného bydlení v každodenním životě. Cílem je taktéž provést komparaci a na základě vyhodnocení pohledů obou stran zhodnotit, zda umí zainteresované strany rizikové situace identifikovat a zda umí pracovat na jejich minimalizaci.

1. Mentální postižení

Kapitola je věnována vymezení pojmu mentální postižení. Popsat tento fenomén je důležité zejména proto, aby bylo možné pochopit odlišnosti a specifika systému práce s lidmi s mentálním postižením od jiných cílových skupin sociální práce. Pojmosloví mentální postižení prošlo historicky několika změnami. Jak uvádí Šiška, (2005) termín mentální retardace, od jehož užívání se v současné době celosvětově ustupuje, poukazuje na negativní odchylku zdravotního stavu člověka poněkud degradujícím způsobem.

Dále Šiška (2005) uvádí, že dříve odborné termíny jako idiot, imbecil, debil, kterými se jednotlivé stupně mentální retardace označovaly, se v současné době v odborné terminologii již nepoužívají. Tyto termíny nabyly postupem času hanlivého významu a mají za cíl zostudit jedince, který je takto označován.

Valenta et al. (2018) popisuje, že termín mentální postižení je zejména v západních zemích považováno za adekvátní a dostačující synonymum pro termín mentální retardace. Pro účely této práce tedy bude na pojmy mentální postižení a mentální retardace nahlíženo jako na pojmy stejného významu.

Používání stigmatizujících termínů, jako „mongol, retard“ (dříve odborná terminologie) a další, není jen doménou užívanou v běžné společnosti. S degradujícím oslovením je možné se setkat i v ústavech a zařízeních sociální péče, kde jsou klienti oslovováni jako „kluci, holky, děcka, babča, dědoušek“ a podobně. Je třeba podotknout, že ne vždy musí mít výše zmíněné oslovení degradující význam a nemusí být použito s cílem klienta služby zostudit. Někdy je přáním klienta, aby pro něj z různých důvodů, byl takto oslovován. V takovém případě je na místě, aby si personál sociální služby s klientem nastavil pravidla oslovování, aby nedocházelo k nepříjemným situacím. Toto je zmiňováno s ohledem na cílovou skupinu a sociální službu, které se tato práce týká.

1.1 Specifikace mentálního postižení

Pipeková (2006) hovoří o lidech s mentálním postižením jako o skupině velmi různorodých lidí, kde je každá osoba naprosto jedinečná. I pro tuto skupinu lidí ale existují společná kritéria, která jsou používána při diagnostice, zejména ve chvíli, kdy se tyto osoby snaží osamostatnit nebo si volí povolání.

Podle Valenty in Michalík et al. (2011) jsou lidé s mentálním postižením skupinou, která je vzhledem k charakteru poruchy často konfrontována s problémy etického rázu. Zároveň jak uvádí, je to nejběžnější porucha populace, která nepodléhá hranicím kontinentů, rase, nemá na ni vliv kulturní, ekonomické ani sociální prostředí.

Osoby s mentálním postižením se potýkají s překážkami, které jsou způsobeny jejich handicapem již od narození. Cílem sociální práce je podle Pipekové (2006) vytvářet ve společnosti normy chování běžné populace tak, aby mezi sebe přijímali a akceptovali osoby, které jsou nějakým způsobem odlišní. V současné době lze nalézt řadu různých definicí mentálního postižení. Lečbych (2008) hovoří o mentálním postižení jako o duševním zpomalení či zaostávání.

Podle Vágnerové (2004):

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje /méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný vývoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou schopností a s odlišností ve struktuře osobnosti (s. 289).

1.2 Stupně mentálního postižení

Vágnerová (2004) popisuje hodnocení a zařazení do klasifikačního stupně mentálního postižení jako proces, kdy je možné srovnávat zachované kompetence člověka s mentálním postižením s normou inteligence populace.

Michalík et al. (2011, s. 154):

Mentální retardaci lze definovat, jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní i postnatalní etiologií. Podle hloubky postižení rozlišujeme tyto stupně:

- lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)
- těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)
- hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

Pipeková (2006) uvádí že, v každé životní etapě člověka s mentálním postižením se vyskytují shodné znaky, které jsou pro dané období charakteristické a jsou dány hloubkou a rozsahem mentálního postižení, i když má každý jedinec své specifické osobnostní rysy.

1.3 Komunikace osob s mentálním postižením

Vzhledem k cílové skupině, na kterou je tato práce zaměřena, a ke zvolené metodě výzkumné části, je třeba zmínit specifika komunikace lidí s mentálním postižením. Michalík et al. (2011) uvádí některá pravidla, která vychází ze zkušeností z řad odborníků, kteří s lidmi s mentálním postižením pracují. Především je třeba si uvědomit, že způsob chování musí být přizpůsoben osobě, se kterou jednáme. Lidé mají občas tendence jednat s lidmi s mentálním postižením jako s dětmi. Při rozhovoru nepoužíváme složitá souvětí, cizí slova a abstraktní pojmy. Při rozhovoru

projevujeme o dotazovaného zájem, všímáme si jeho neverbální komunikace, nabízíme pomoc, necháváme dostatečný časový prostor, aby se mohl vyjádřit. Při rozhovoru se dotazujeme partnera, zda nám rozumí. Naopak, pokud mu nerozumíme my, doptáváme se nebo zkusíme otázku formulovat jinak. Klademe otevřené otázky.

Výše zmíněná pravidla lze zcela určitě využít při komunikaci s osobami s mentálním postižením s tím, že je zapotřebí přihlídnout ke specifickým potřebám každé osoby, se kterou je rozhovor veden.

1.4 Integrace a socializace osob s mentálním postižením

Vágnerová (2004) popisuje, jak jsou lidé s mentálním postižením vnímáni majoritní společností. Za největší problém považuje neschopnost efektivně se s těmito lidmi domluvit. Komunikační bariéra a neadekvátní reakce na dané situaci vedou k tomu, že jsou lidé s mentálním postižením často podceňováni a že se jim nedostává dostatek vhodných příležitostí, jak svůj sociální status zlepšit.

Je třeba podotknout, že za tím jak společnost smýšlí a jedná, komunikuje a chová se k lidem s mentálním postižením, je nedostatečná informovanost a malá zkušenost s tím, co fenomén mentální postižení znamená a jaká má specifika.

Podle Vágnerové (2004) hraje roli fakt, že jsou lidé s mentálním postižením omezeni v socializaci díky svým komunikačním schopnostem. Zdraví lidé mají při komunikaci s lidmi s mentálním postižením tendence být v nadřazené, aktivní roli, což člověka s mentálním postižením staví do role pasivní, kdy informace pouze přijímá a nemá možnost adekvátní reakce.

Každý člověk má schopnost komunikovat, to však neznamená, že se vždy domluví. V ústavech sociální péče probíhají za účelem správné komunikace vzdělávací akce.

Pro běžnou společnost je však komunikace s lidmi s mentálním postižením obtížná, při tom může mít velký vliv na to, aby se člověk mohl dobře začlenit do společnosti.

Integrace lidí do společnosti nezávisí pouze na efektivní komunikaci. Podle Lečbycha (2008) lze v tomto ohledu hovořit o dvou silách, které ovlivňují integraci lidí s mentálním postižením. Na jedné straně dochází k podpoře zvyšování kvality sociálních služeb, ale častým výsledkem je to, že člověk zůstává v pasivní roli a je závislý na péči jiné osoby. Na druhé straně je snaha začlenit lidi s mentálním postižením do společnosti na základě rovných příležitostí, to znamená, aby mohli navštěvovat běžné základní školy, získat zaměstnání.

Matoušek et. al. (2005) poukazují na to, že prvním předpokladem integrace je začít využívat možnost lidí s mentálním postižením v běžně dostupných službách, kdy mohou přijít do kontaktu s širší populací. V tomto kontextu autoři hovoří i o osvětě veřejnosti, aby pochopila, v čem a jak lidé s mentálním postižením potřebují pomoci a co naopak zvládnou sami. Současným trendem je, aby se lidé s mentálním postižením začlenili do společnosti takovým způsobem, aby takřkajíc splynuli se zdravou populací. Míra podpory ze strany pracovníků sociálních služeb má být poskytována pouze v takové míře, v jaké je nezbytně nutná. Klientovi má být dán dostatečný prostor k tomu, aby si svůj život mohl s ohledem na své rozumové schopnosti řídit sám.

2. Systém sociálních služeb

Matoušek (2011) hovoří o sociálních službách jako o součásti širšího celku veřejných služeb, které jsou poskytovány za účelem prospěchu veřejnosti. Veřejné služby jsou na rozdíl od sociálních služeb financovány z veřejných rozpočtů. Sociální služby mohou být realizovány i komerčně a to na základě uzavřené obchodní dohody.

Matoušek et al. (2005) uvádí, že v devadesátých letech minulého století se začal trend poskytování péče o lidi s mentálním postižením měnit. Do roku 1989 se tyto služby zaměřovaly pouze na ústavní péči. Po tomto roce začaly postupně vznikat nové služby, kde se uživatelé služeb kromě smysluplného trávení svého času učili zdokonalovat své dovednosti a učili se samostatnosti.

Také Pipeková (2006) uvádí, že změna v systému poskytování péče lidem s mentálním postižením, v naší zemi nastala po roce 1989. Do té doby prošla péče o lidi s mentálním postižením vzhledem k vývoji společnosti dlouhou cestu, kdy byla péče poskytována různými institucemi a na různé úrovni. Zlom nastal v 19. století, kdy začala vnikat organizovaná ústavní péče u nás.

2.1 Transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb

Výše zmíněné období je spjato s reformami v oblasti sociálních služeb a se zahájením jejich transformace a deinstitutionalizace ústavní péče. Čamský et al. (2011) uvádí, že zejména v počátcích transformace, kdy nebyl jasně definován cíl tohoto procesu, nebyl chápán tento proces jednoznačně zejména ze stran obcí, měst a krajů. Některými zřizovateli byl proces transformace chápán jako investice do zařízení budov na úkor kvality poskytované služby.

Transformaci sociálních služeb popisuje Čamský et al. (2011, s. 12–13) jako: „přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu (podpora

samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnávání atd.)“.

Z výše zmíněného dle Čamského et al. (2011) vyplývá, že pojem transformace znamená změny, které povedou k tomu, aby služby sociální péče mohly být poskytovány na základě individuálních potřeb v prostředí, které je co nejvíce podobné životu běžné populace.

Cháb (2004) přirovnává transformaci sociálních služeb k „Obratu zaoceánské lodi: oblouk je tak velký, že někteří pasažéři si změny směru ani nevšimnou: potřebujeme čas“ (s. 25).

Matoušek (2016) definuje deinstitucionalizaci jako:

Vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity (s. 40).

Cháb (2004) popisuje deinstitucionalizaci jako proces při němž by mělo docházet ke ztenčování poskytovaných služeb v jednom zařízení až na takovou úroveň, kdy se omezí pouze na službu poskytování náhradní domácnosti. Zánik již existující instituce nepovažuje jako deinstitucionalizaci, jelikož samotná existence ústavu není podle něj problém. Jako problém popisuje míchání sociologicky různých funkcí.

Deinstitucionalizace není podle Šišky (2005) jen změna prostředí, kdy se klienti stěhují z velkých ústavů do menších objektů, podle něj lze deinstitucionalizaci charakterizovat hlavně změnou přístupu ke službám, které jsou lidem s mentálním postižením poskytovány.

2.2 Chráněné bydlení jako forma bydlení pro osoby s mentálním postižením

Trend rozvoje chráněného bydlení, jak uvádí Rada (2006), je spojen s devadesátými léty minulého století, kdy se začaly v naší zemi rozvíjet nové sociální služby. Chráněné bydlení definuje jako samostatné a nezávislé bydlení pro osoby se zdravotním postižením. Autor se domnívá, že by chráněné bydlení mělo být lidem rovnocennou náhradou běžného bydlení. Takto koncipované bydlení by tedy mělo odpovídat tomu, že jedinec v bytě žije, tak jak je obvyklé v běžné populaci nikoliv s několika cizími osobami, jak tomu v chráněném bydlení nezřídka kdy bývá.

Pipeková (2006) k tomu dodává, že by lidé na chráněné bydlení měli být vybíráni velmi pečlivě s přihlédnutím na preference budoucího klienta. Aby chráněné bydlení splňovalo svůj účel, je dle autorky počet klientů zcela zásadní. Ideální počet obyvatel, jak uvádí, má hranici pěti klientů, kdy je ještě v tomto počtu možné, aby se mohlo hovořit o domácnosti, která se přibližuje standardnímu bydlení, i když se nejedná o lidi vzájemně propojené příbuzenskými vztahy.

Jak uvádí Rada (2006), jsou budoucí klienti chráněného bydlení vybíráni tak, aby splňovali kritéria dané cílové skupiny, pro kterou je bydlení určeno, a také s ohledem na to zda dosahují požadované úrovně soběstačnosti a samostatnosti.

Za dodržení výše zmíněných podmínek je v běžné praxi klientela chráněného bydlení tvořena osobami obou pohlaví a různých věkových skupin. I když se většinou jedná o osoby, které se neznají, neboť do chráněného bydlení přichází buď z jiné sociální služby, nebo z rodiny není cílem, aby byla skupina stejnorodá. Naopak různorodost a odlišné schopnosti a dovednosti jednotlivých členů domácnosti chráněného bydlení může podněcovat její členy v tom, aby se učili respektovat jiné lidi, navzájem se od sebe učili a pomáhali si. Naopak může soužití osob odlišných rozumových schopností přinášet různé problémy a konflikty, které mohou narušovat vztahy a chod chráněného bydlení.

Podle Matouška (2016):

Bydlení v bytě, který je v ideálním případě v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury. Služby jsou klientovi podle individuální potřeby poskytovány sociálním pracovníkem, pečovatelem nebo asistentem. Chráněné bydlení je vhodné pro klienty trvale postižené nebo nemocné, kteří potřebují podporu, ale jejich stav nevyžaduje ústavní pobyt s plným zaopatřením (s. 74).

Jak je výše definováno, mělo by chráněné bydlení být v ideálním případě součástí běžné zástavby. Rada (2006) k tomuto podotýká, že před zahájením či rekonstrukcí výstavby objektu, který bude jako chráněné bydlení složit by měly být brány v potaz i další kritéria. Z pohledu klientů i poskytovatele služeb se jedná zejména o to, aby v dosahu byly navazující služby, tedy možnost práce v chráněných dílnách, stacionář, sociálně terapeutické dílny a další instituce poskytující služby. Pokud chráněné bydlení stojí mimo dosah těchto služeb, může se stát pro poskytovatele finančně neudržitelným.

K tomuto lze dodat, že nejen že takové chráněné bydlení může být pro poskytovatele finančně náročné, ale pokud nebudou mít klienti k dispozici navazující služby, může chráněné bydlení zcela pozbyť významu ve smyslu, že se klient začlení do společnosti – nemá příležitost dalšího vzdělávání, není možné se uplatnit na trhu práce, nedostatečný kontakt s běžnou populací a další.

Za jedno z důležitých kritérií dále Rada (2006) považuje souhlas veřejnosti s tím, aby v jejich sousedství chráněné bydlení vzniklo. Z důvodů negativních postojů veřejnosti k lidem s mentálním postižením a z obav, mít je za sousedy, ztroskotaly, dle Rady, již slibně vznikající projekty.

§ 51 Zákona 108/2006 o sociálních službách uvádí že:

(1) Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

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

2.3 Pomáhající profese vztahující se k chráněnému bydlení

Za důležitý faktor při poskytování sociálních služeb, a nejen na chráněném bydlení, lze zcela určitě považovat lidský prvek. Z pomáhajících profesí, které jsou při poskytování péče na chráněném bydlení, se jedná zejména o práci sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Mezi další pomáhající profese z řad odborníků, jejichž služby jsou na chráněném bydlení využívány patří zejména odborní lékaři, psychologové, speciální pedagogové apod.

Michalík et al. (2011, s. 14–15) uvádí, že:

každá z uvedených má svá specifika. Zpravidla se však jedná o modifikaci některé z následujících charakteristik těchto profesí:

- Požadavky na speciální či specializované vzdělání
- Zaměření na individuální potřeby (problémy) jednotlivce
- Role praxe a dalšího vzdělávání
- Speciální požadavky na strukturu osobnosti pracovníka
- Vyšší riziko syndromu vyhoření
- Využívání etických norem
- Specifické komunikační schopnosti

2.4 Typy chráněného bydlení

Pipeková (2006) mluví o chráněném bydlení jako o vhodné alternativě bydlení pro lidi s mentálním postižením, které začalo vznikat v rámci transformace ústavní péče. Jak uvádí, chráněné bydlení není určeno jen pro lidi s mentálním postižením, ale je určeno osobám, kteří jsou v důsledku nemoci či jiného postižení dlouhodobě znevýhodněni, tedy je určeno pro další cílové skupiny, které potřebují individuální podporu a pomoc a nechtějí nebo nemohou nadále setrvat v rodině či ústavní péči.

Pipeková (2006) hovoří o těchto typech chráněného bydlení:

- **Chráněné bydlení v rámci služeb ústavu sociální péče**

Služba chráněného bydlení je většinou součástí areálu ústavu. Klientelu takového bydlení často tvoří lidé, kteří žili často celý život v ústavu a jsou zvyklá na jiný režim. Příprava přechodu klientů do jiné služby bývá časově náročnější.

- **Domov rodinného typu**

Většinou se jedná o několik bytových jednotek, které jsou na sobě nezávislé, a jsou součástí jednoho domu. Takové uspořádání bydlení umožňuje přizpůsobit pracovní plán a prostředí specifickým potřebám některých klientů. Každá bytová jednotka má svého asistenta, který poskytuje podporu 3 – 4 klientům. Celkový počet klientů služby by přitom neměl být víc než dvacet.

- **Chráněné byty**

Služba je většinou situována do klasické městské zástavby. Jedná se o běžné bytové jednotky, které obývá 1 – 5 klientů. Každý z klientů má k dispozici svůj pokoj, aby bylo zajištěno jeho právo na soukromí, podporu a pomoc v oblastech, kde ji klient potřebuje, zejména při vedení domácnosti a organizování volného času, poskytuje klientům asistent. Pokud je to možné, denní program mají v chráněných dílnách či stacionářích (2006, s. 117 – 119)

- **Podporované bydlení**

Lečbych (2008) výčet typů chráněného bydlení doplňuje o tzv. podporované bydlení, které popisuje jako bydlení vhodné pro osoby s mentálním postižením, kdy je služba klientovi poskytována v jeho bytě. Podpora je klientovi poskytována většinou osobním asistentem a to jen v oblastech, které klient sám nezvládá.

3. Práce s rizikem

Sobek et al. (2010) hovoří o riziku jako o součásti každodenního života, se kterým se lze setkat prakticky ve všech oblastech lidské činnosti.

Podle Kruliše (2011) pro termín riziko neexistuje jednoznačná definice, autor uvádí, že se mu připisují čtyři různé významy:

1. Nejčastěji jsou jím označovány nebezpečí, hrozby, možnosti vzniku škody, ztráty, nezdaru.
2. Označují se jím podmínky (okolnosti, jevy), které mohou vést ke vzniku něčeho nebezpečného, ohrožujícího (nepříznivé situace, selhání, nehody, havárie atd.). Riziko je zde vnímáno jako potenciální příčina či zdroj nežádoucích událostí.
3. O riziku lze hovořit pouze tehdy, existují-li nejméně dvě alternativní možnosti, přičemž alespoň jedna z možností je nepříznivá. Význam slova riziko je tedy vždy úzce spojen s pojmem pravděpodobnosti, nejistoty, variability ve vztahu k předpovědi konečného výsledku.
4. Výrazem riziko tedy nemůže být označeno nebezpečí, které je neodvratitelné, jisté. Nicméně i zde se hovoří o riziku tehdy, jsou-li myšleny dopady, následky, které nelze předem definitivně určit (s. 91 – 91).

Cílem poskytovatele služeb, dle Sobka et al. (2007), není zcela eliminovat možnost rizikových situací, se kterými se klient sociálních služeb může setkat. Jednak to není v jeho moci, jednak by tím byla ohrožena práva klienta na důstojný život. Cílem je pracovat s klienty individuálně tak, aby byla odpovědnost, jak na straně klienta, tak na straně poskytovatele.

Johnová, Čermáková (2004) souhlasí s tím, že ke každému klientovi se musí přistupovat individuálně. Tedy ve vyhodnocování rizik zohlednit jeho schopnosti a dovednosti, tak aby se míra rizika minimalizovala.

Cílem práce s rizikem je zajistit, aby byl klient v co největším bezpečí a aby zároveň nebyl neomezován v prožívání běžných životních situací. Riziko nepřináší jen nežádoucí reakce, jako jsou strach a obavy, jeho prostřednictvím může být

vystavován novým zkušenostem, ze svých chyb se může poučit, získat sebevědomí, zažít úspěch. Cílem poskytovatele je tedy identifikace možných rizik a individuálním přístupem ke klientům rizika minimalizovat, nikoliv jim zcela zabránit.

Kruliš (2011) hovoří o tom, že riziko lze chápat jako výzvu či příležitost. Identifikované riziko může vyvolat reakci k tomu, aby se pracovalo na jeho zmírnění či odstranění. Zmapování rizika může sloužit jako zkušební pole pro hledání nových řešení, změně chování, spolupráci apod. O riziku autor hovoří jako o příležitosti k překonávání sebe sama, dokázání vlastních schopností a odvaze.

Rizikové chování popisuje Matoušek (2016) jako chování jež : „ může ohrozit život, zdraví nebo sociální integritu jedince, nebo chování, které je namířeno proti zájmům společnosti definovaných zákony“ (s. 175).

Při vyhodnocování rizik a rizikových situací se postupuje vždy s přihlédnutím na to, aby byla zachována práva klienta jeho osobní svoboda a soukromí. Klientovi má být poskytována taková pomoc a podpora, aby rizikové situace mohl bezpečně, zvládnout sám.

3.1 Riziko ve vztahu k lidem s mentálním postižením

Riziko je běžnou součástí každodenního života všech lidí, lidí s mentálním postižením nevyjímaje. Cílem práce s rizikem je snaha, aby míra rizika byla co nejmenší. Sobek et al. (2010) označuje mentální postižení jako faktor, který může k míře zvýšeného rizika přispívat několika způsoby. Dle autorů se jedná zejména o rozpoznání a správné vyhodnocení míry rizika v různých situacích. Možná neschopnost rozpoznat a správně vyhodnotit míru rizika je příkládána zejména tomu, že v České republice panuje trend zasahovat lidem s mentálním postižením do

rozhodování o přijmutí rizika ještě před tím, než nějaké nastane. Tím je klient ochuzen o možnost rozhodnout, vyhodnotit a zvládnout rizikovou situaci bez pomoci.

Jako další možnosti, které mohou být, zdrojem ohrožení Sobek et al. (2010, s. 24–25) uvádí:

- Nesamostatnost, nezkušenost
- Důsledky institucionalizace (málo kontaktu s běžným prostředím, situacemi a vztahy)
- Zkratkovité nebo nepředvídatelné jednání, zvláště pokud se jedná o stresovou nebo nečekanou situaci
- Sklon přeceňovat své schopnosti
- Ztráta orientace
- Problémy v komunikaci, přehnaná důvěřivost
- Špatná motorika (např. problémy při chůzi apod.)
- Sklony k agresivnímu chování, tendence k sebepoškozování
- Smyslové vady (špatný zrak nebo sluch)
- Záchvatovitá onemocnění

Sobek et al. (2010) podotýká, že práce s rizikem ve vztahu k lidem s mentálním postižením, vhodný přístup, dostatek příležitostí a možnost zažít různé situace může přispět k tomu, aby riziko bylo co nejmenší.

3.2 Identifikace rizik a mapování rizikových oblastí

Na tomto místě znovu zmíníme fakt, že není cílem poskytovatele zcela eliminovat rizikové situace a tím ochránit lidi s mentálním postižením. Společným úkolem týmu, který rizika vyhodnocuje, je zajistit, aby riziko bylo minimální. K tomu, aby riziko bylo vyhodnoceno co nejefektivněji, a byla navržena adekvátní opatření, jak mu zabránit je třeba týmové spolupráce. Do takového pracovního týmu, který rizika vyhodnocuje, patří nejen klient a klíčový pracovník, ale celý okruh lidí sestávajících

se jak z řad odborníků (lékaři, supervizor), tak ze strany osob blízkých klientů (rodiče, příbuzní). Takový pracovní tým, který spolupracuje na individuálním nastavení rizikových oblastí, může nastavit efektivní plán jak riziku předcházet, tak aby byla zachována práva klienta Sobek et al. (2010).

Jak bylo výše zmíněno, na zmapování rizik se podílí okruh lidí, kteří svými znalostmi klienta informacemi přispívají k tomu, aby byla případná rizika vyhodnocena objektivně. Spolupráce pracovního týmu je důležitá, pohled na klienta je vyvážený, každý kdo se na vyhodnocování riziko vnímá subjektivně. Sobek et al. (2010) k tomu dodává, že identifikaci rizik lze provádět různými způsoby. Jedním ze způsobů je čekat, až se v některé z níže zmíněných rizikových oblastí vyskytne situace, ve které nastane riziko a bude třeba ji jako rizikovou vyhodnotit. Druhou možností je rizikové oblasti jednotlivě prozkoumat.

Podle Sobka et al. (2010) lze vymezit několik rizikových oblastí, se kterými se lze při poskytování sociální služby chráněné bydlení setkat.

- *Samostatný pohyb* (např. pohyb v areálu, samostatný pohyb v obci či mimo obec, cestování prostředky hromadné dopravy)
- *Rizika v domácnosti* (např. manipulace s elektronickými spotřebiči, riziko požáru, zabezpečení bytu nebo pokoje, péče o vlastní osobu (hygiena)
- *Pracovní a volnočasové aktivity* (např. rizika spojená s volnočasovými a pracovními aktivitami – možnost úrazu, zabloudění při dojíždění)
- *Zdravotní rizika* (např. vyhodnocení zdravotního stavu klientem – potřeba navštívit lékaře, zvládání samostatné manipulace s léky – pravidelné užívání)
- *Oblast sexuality a partnerských vztahů* (např. riziko nevhodného chování – osahávání, odhalování se na veřejnosti, možnost nákazy pohlavními chorobami, nechtěné otěhotnění)

- *Problémové chování a sebepoškozování* (např. nebezpečné agresivní chování, sebepoškozování, neplánované opuštění zařízení – z toho vyplývající další rizika)
- *Finanční rizika* (např. klient neumí přiměřeně nakládat s finančními prostředky, klient je příliš důvěřivý a půjčuje peníze nebo naopak využívá důvěry ostatních a půjčuje si, riziko zadlužení – podepisuje smlouvy, objednává si různé věci)
- *Riziko hrozící ze strany personálu* (např. narušování soukromí a porušování práv klienta, fyzické, psychické a sexuální zneužití)

3.2.1 Člověk s mentálním postižením a jeho práva

Sobek et al. (2007) uvádí, že každý občan České republiky, a osoby s mentálním postižením nevyjímaje, má svá základní práva garantována, a to i v případě, že se jedná o osobu, která je omezena ve způsobilosti či zbavena způsobilosti k právním úkonům. Mimo tato základní práva, jak dále autor uvádí, má člověk s mentálním postižením ještě další práva, která se vztahují k druhu jeho postižení.

Sobek et al. (2007) k tomuto ještě dodává, že skupina lidí s mentálním postižením je vzhledem k povaze tohoto postižení velmi ohroženou skupinou, co se týká porušování jejich práv. Autor to připisuje několika faktorům, zejména poukazuje na neschopnost lidí s mentálním postižením bránit své zájmy, zvyku podřizovat se, problémům s komunikací a dalšími.

Mimo práv, která jsou uvedena v Listině základních lidských práv a svobod a jsou každému člověku dána jeho narozením, zmiňují Johnová a Čermáková (2004) ještě tzv. práva „subjektivní“. Jedná se o práva, která si občan nárokuje na základně platných právních norem. V kontextu využívání různých forem sociálních služeb,

autorky zmiňují, že se může jednat například o právo opustit zařízení, právo na poskytování stravy či pečovatelské služby.

3.2.2 Způsobilost k právním úkonům člověka s mentálním postižením

Vzhledem k právu považuje Pipeková (2006) každého člověka bez ohledu na jakékoliv odlišnosti za fyzickou osobu, u které se rozlišuje:

- způsobilost k právům a povinnostem
- způsobilost k právním úkonům
- způsobilost k protiprávním úkonům.

Podle Sobka et al. (2007) může být způsobilost k právním úkonům omezena u osoby, která soustavně trpí duševní poruchou, ale je schopna některé právní úkony činit. Osoba, která není schopna činit žádné právní úkony, je právní způsobilosti zbavena. Následně pokud je osoba v právní způsobilosti omezena nebo jí zbavena, činí takto v rozsahu daném soudem opatrovník.

Jako příklad právního úkonu Sobek et al. (2007) uvádí:

- uzavírání smluv (např. pronájem bytu)
- nákup čehokoliv, např. televizoru
- sjednání půjčky souhlas s lékařským zákrokem apod.

Naproti tomu Sobek et al. (2007) uvádí, že i člověk s duševní poruchou má právo nebýt omezen ve způsobilosti k základním lidským právům. I když má tedy osoba stanoveného opatrovníka, tento nemůže rozhodovat v oblastech, kde se nejedná o právní úkon.

Příklady základních lidských práv, která nejsou právním úkonem dle Sobka et al. (2007):

- volný pohyb
- v případě zaměstnání dostávat odměnu
- rozhodovat o tom jak, se budu oblékat, a co budu jíst, zda budu kouřit
- způsob trávení volného času
- rozhodovat o tom, s kým se chci stýkat
- mít partnera, partnerku

3.2.3 Opatrovník

Sobek et al. (2007) uvádí, že opatrovníkem se rozumí osoba, která zastupuje člověka zbaveného či omezeného ve způsobilosti k právním úkonům. Takovou osobou může být příbuzný či jiná blízká osoba. Pokud se vhodná osoba, která by opatrovnictví vykonávala, nenajde, je soudem ustanoven veřejný opatrovník, nezářídka kdy to bývá například obec, kde má osoba trvalý pobyt.

Opatrovník podle Michalíka et al. (2011) není osoba, která za svého opatrovance přebírá veškerou odpovědnost., tedy nemůže být odpovědná za jeho jednání, rozhodování, zdraví ani život. Opatrovník za opatrovance nerozhoduje v otázkách běžného života, rozhoduje pouze v právních otázkách.

Posláním opatrovníka je podle Sobka et al. (2010) jednat v zájmu opatrovance a respektovat jeho přání a potřeby. K jeho úkolům nepatří rozhodovat v otázkách každodenního života opatrovance, nepřísluší mu rozhodovat o vzhledu, způsobu trávení volného času, kouření, stravování a v dalších oblastech, které nejsou spojeny s právními úkony.

3.3 Míra rizika, rizikovost

Při vyhodnocování procesu, jak s rizikem a rizikovými situacemi pracovat hraje podle Kruliše (2011) důležitou roli určení míry rizika.

Sobek et al. (2010) dělí stupně rizika pro práci s lidmi s mentálním postižením na:

- **Přiměřené a přijatelné riziko** - je to takové riziko, se kterým se běžně setkává každý člověk. Při této míře rizika se nechává na posouzení klienta služby, zda situaci zvládne sám, zda tuto situaci již zažil a má s ní zkušenost. Při této míře rizika klademe důraz na svobodné rozhodování klienta, odpovědnost necháváme na něm, nesnažíme se přebírat kontrolu.
- **Zvýšené riziko** – není pro klienta extrémně ohrožující, ale je vyšší než u běžného občana. Při této míře rizika se jedná o společnou odpovědnost. Hledají se společně cesty, jak míru rizika snížit.
- **Nepřijatelné riziko** – Klient není schopen situaci sám posoudit a vyhodnotit. Jde o situace, kdy je klient ohrožen na zdraví, životě nebo může vzniknout jiná škoda. V tomto případě je třeba převzít kontrolu a jednat tak, aby klienta ochránil před nežádoucími důsledky vyplývající z rizika.

4. Empirická část

Východiskem pro empirickou část bakalářské práce jsou kazuistiky klientů chráněného bydlení, které popisují charakteristické znaky těchto osob. Následně jsou doplněny o rozhovory jak s klienty, tak s pracovníci chráněného bydlení a podrobeny komparaci a vyhodnocení získaných dat.

4.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit jaká rizika vnímají klienti a pracovníci chráněného bydlení, tedy rizikové oblasti zmapovat. Aby bylo možné jednotlivé oblasti rizik identifikovat, je zapotřebí získat odpovědi na dílčí otázky:

1. Které situace vnímají zainteresované strany jako rizikové a jsou schopny je identifikovat?
2. Je možné podle zainteresovaných stran pracovat na minimalizaci rizikových situací?

4.2 Metoda výzkumu a sběr dat

Cílovou skupinou, které se práce týká, jsou, jak již bylo několikrát zmíněno, lidé s mentálním postižením. Forma sběru dat tedy byla přizpůsobena jejich handicapu. Rozhovory byly vedeny opakovaně, některé otázky musely být přeformulovány tak, aby jim klienti sociální služby porozuměli, či byly použity alternativní metody komunikace.

Část dat byla získaná z neformálních rozhovorů, které byly pro některé klienty nebo v některých situacích přijatelnější než přímo položená otázka. Výzkumná část je doplněna i daty získanými pozorováním klientů v běžných situacích. Tato část výzkumu probíhala i v přítomnosti jiných klientů a pracovníků chráněného bydlení. Rozhovory s pracovníky chráněného bydlení byly vedeny formou polostrukturovaných rozhovorů a taktéž byla data získaná z neformálních rozhovorů a z pozorování pracovníků při jejich práci, tedy při podpoře klientů. Rozhovory i pozorování probíhali jak v areálu chráněného bydlení, tak v běžných situacích každodenního života mimo chráněné bydlení.

4.3 Výzkumný vzorek

Výzkumu se zúčastnilo šest klientů sociální služby chráněné bydlení, které službu poskytuje šest let, a tři pracovnice v sociálních službách, kteří jsou stálými zaměstnanci tohoto chráněného bydlení. S ohledem na to že pět klientů je omezeno ve svéprávnosti, byly zajištěny souhlasy opatrovníků s rozhovory. Klient, který je svéprávný souhlas udělil. V souladu s ochranou osobních údajů byla všem zúčastněným pozměněna jména.

Jiří - kazuistika

Klient Jiří má 55 let. Osoba s lehkým mentálním postižením. Do sociální služby chráněné bydlení přešel z jiného chráněného bydlení, které je součástí téže organizace. Změna jeho pobytu byla důsledkem toho, že se Jiří stal obětí šikany jiným klientem. Klient je zaměstnaný v chráněné dílně, kam dojíždí 3x týdně.

Jiří není v kontaktu s nikým z rodiny, podle jeho slov žádného blízkého příbuzného nemá. Opatrovník za něj jedná v oblastech, ve kterých je omezen ve svéprávnosti. Jiří

je schopen si spoustu věcí zařadit sám, díky svým komunikačním dovednostem (nakupuje, umí zaplatit složenku na poště, zajít si sám k lékaři, cestuje).

Jiří na chráněném bydlení netráví moc času. Splní si své povinnosti v domácnosti (dle domluvy s ostatními spolubydlícími mají rozpis služeb, kdy vaří, uklízí, perou) a zbytek svého volného času tráví nejraději u svých známých, kterých má v obci a jejím okolí dostatek. Jiří si život komplikuje tím, že dost často lže. Na základě zkušeností pracovníků, tak Jiří nečiní se zlým úmyslem. Jeho lži mají v lidech vyvolat pocit, že je samostatný a soběstačný a že pomoc jiné osoby nepotřebuje. Jiří je velmi pozorný k ženám, kupuje jim dárky, navštěvuje je a udržuje s nimi přátelské vztahy.

Marek – kazuistika

Marek má 56 let, má lehké mentální postižení. Do sociální služby chráněné bydlení přešel v rámci transformace, kde byl vytipován na základě svých schopností jako vhodný klient pro tuto službu. Marek ještě před změnou poskytované služby navštěvoval tzv. cvičný byt, kde se učil pod dohledem pracovníka vést domácnost, vařit, uklízet apod.

Marek je samotář, nemá rád hluk a velké skupiny lidí. Svůj volný čas tráví nejraději sám ve svém pokoji. Zcela výjimečně poslouchá alespoň rádio nebo si pustí televizi. Je nekonfliktní a každému vyhoví. Souhlasí se vším, co je mu nabídnuto. Je třeba s ním komunikovat v otevřených otázkách. Marek nemá zájem chodit do zaměstnání. Je v kontaktu se svou sestrou, která jej občas navštěvuje nebo si jej bere domů na delší pobyt.

Marek je svéprávný, ale při veškerém kontaktu s institucemi poskytujícími služby a při kontaktu se společenským prostředím potřebuje plnou podporu jiné osoby. Bez podpory osoby, kterou zná, se necítí komfortně, je rozrušený a následují psychické problémy, které končí hospitalizací v psychiatrické léčebně.

Karel – kazuistika

Klient Karel má 44 let a má lehké mentální postižení. Karel je omezený ve svéprávnosti. Opatrovníkem je jeho matka, která se o něj až do května 2023 starala a u které spolu se zbytkem své rodiny žil. V rodině pobýval pět let, před tím byl klientem sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením. Po přestěhování na chráněné bydlení sdělil, že už se to doma nedalo vydržet, dle jeho slov mu jeho matka moc organizuje život, musí dělat to, co si ona přeje, a to hned, nedá mu prostor pro jeho vlastní rozhodování.

Klient je schopný naučit se novým věcem, ale demotivuje jej postoj jeho matky, která se o něj velmi obává. Podle názoru jeho matky je mu nejlépe jen v objektu chráněného bydlení, případně se může jít projít po městě, nebo využít výletu v doprovodu pracovníka v sociálních službách. Nesouhlasí s tím, aby hledal uplatnění na trhu práce, navštěvoval stacionář ani jinou sociálně aktivizační službu.

Karel je přátelský, nekonfliktní, má rád společnost jiných lidí, rád si povídá. Chtěl by si najít zaměstnání nebo alespoň dojíždět do sociálně terapeutické dílny. Chybí mu kontakt s lidmi stejného věku, chtěl by mít partnerku, a dle jeho slov, normálně žít.

František – kazuistika

František je již ve starobním důchodu, má 69 let. Rané dětství strávil u své babičky, která jej naučila vařit, vaření zůstalo jeho nejoblíbenější činností. František má lehké mentální postižení a je omezen ve svéprávnosti. Nemá žádného příbuzného a touto skutečností velmi trpí. Na chráněné bydlení přešel v rámci transformace organizace ze sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením, kde žil přes 40 let.

František je přátelský, ale občas, když mu není hned vyhověno, má výbuchy vzteku, které se projevují verbální agresí vůči okolí. František trpí utkvělou představou, že je chlapec ve věku zhruba 13 – 15 let. Tato jeho představa o sobě se projevuje v jeho chování zejména vůči okolí, v jeho názorech i oblékání. Skutečnost, že se cítí jako

„chlapec“, má negativní dopad na jeho vztahy s okolím, snaží se navazovat kontakty s nezletilými osobami, což mu způsobuje problémy.

Během posledního roku se u Františka začaly projevovat zdravotní problémy spojené se stářím, zejména s pamětí. František tyto problémy popírá, směje se jim nebo je naopak verbálně agresivní vůči tomu, kdo jej na ně upozorní. Když má dobrou náladu, je schopný hovořit o možnosti, že by si výhledově podal žádost do sociální služby, která by mu nabídla vyšší míru podpory.

Petr – kazuistika

Petr je 55 letý muž, s lehkým mentálním postižením. Petr přešel do služby chráněné bydlení v rámci transformace z Domova pro osoby se zdravotním postižením. Petr je omezený ve svéprávnosti a jeho opatrovníkem je bratr. Navštěvoval speciální školu a vyučil se zahradníkem.

Klient pracoval v chráněné dílně, kam dojížděl spolu s dalšími klienty chráněného bydlení. Chráněná dílna zanikla z důvodu nedostatku zakázek. Petr ztratil o další zaměstnání zájem. Žádná motivace pro něj není dostatečným argumentem, aby si znovu začal zaměstnání hledat.

Petr má rád práci na zahradě, při této činnosti je velmi pečlivý. Rád sleduje televizi, zejména zprávy a krimi seriály, toto má však negativní dopad na jeho psychiku. Petr vnímá svět kolem sebe negativně a za každou situací hledá tragické důsledky. Petr je velmi silný kuřák, který při nedostatku nikotinu umí být slovně velmi agresivní vůči svému okolí a má sebepoškozující myšlenky, které se již pokusil zrealizovat.

Petr je velmi nadaný na studium jazyků, kterému se věnuje řadu let. Každý týden navštěvuje jazykovou školu a ve chvílích volna piluje svoji angličtinu.

Slávek – kazuistika

Slávek 44 let. Klient se středně těžkým mentálním postižením a přidruženou vadou sluchu a řeči. Slávek přišel do služby chráněného bydlení z azylového domu, kam se dostal po úmrtí rodičů. Krátce pobýval u svého bratra, který jej ale finančně zneužíval, údajně se spolupodílel na tom, že byl Slávek pravomocně odsouzen a byl ve výkonu trestu.

Slávek je velmi zručný a pracovitý. Krátce navštěvoval sociálně terapeutickou dílnu, ale velmi rychle si s pomocí pracovníka v sociálních službách našel zaměstnání v chráněné dílně, kam každodenně dojíždí.

Klient je vzhledem ke svému postižení, zejména k poruše řeči a sluchu velmi snadno zneužitelný. Často nerozumí otázkám, není schopen pochopit, co se po něm požaduje. Komunikace s ním vyžaduje trpělivý přístup a alternativní metody dorozumívání (piktogramy, fotografie, posunky). Slávek se stýká s lidmi bez přístřeší, kteří se jej snaží využít k drobným krádežím, za přátelství po něm chtějí peníze, nabízí mu různé psychoaktivní látky. Slávek velmi tíhne k těmto lidem, protože si vzhledem ke svému postižení není schopný najít přátel.

4.4 Rizikové oblasti

Výčet rizikových situací, které mohou při poskytování sociální služby chráněného bydlení nastat, není kompletní. Rizikové situace se vždy řeší na základě individuálních potřeb klienta a hodnotí se společně s pracovním týmem. Pro nástin představy s jakými odpovědmi se při analýze dat pracovalo, jsou v této části práce uvedeny i některé úryvky citací jak klientů, tak pracovníků, kteří se výzkumné části práce zúčastnili.

4.1.1 Pohyb a samostatný pohyb v budově a venku

- **Pohyb v budově**

Volný pohyb klientů v sociálních službách je vždy důležitým tématem, a proto je zhodnocení rizika v této oblasti zahrnuto do výzkumné části. Z výsledků analyzovaných dat v oblasti volného pohybu vzešlo, že při pohybu uvnitř budovy a v areálu chráněného bydlení shledávají obě zainteresované strany běžné riziko. Jeden klient si stěžoval na závratě, kterými trpí, ale dle lékařského posudku je tento stav neměnný a je přiměřený jeho handicapu.

Petr: „ pořád mám závratě, zatočí se mi hlava a bojím se, že spadnu...doma je to dobrý...v pokoji mám pořád špinavé zdi, pořád se jich chytám, abych nespádl...to ten blbej doktor za to může, nemá mi dávat ty léky.“ Pan Petr svůj zdravotní handicap (závratě) považuje za výsledek špatné medikace, i když ví, jak několikrát sám sdělil, že jeho stav je důsledkem komplikace při porodu. I když se pádu bojí, není to pro něj překážkou ve volném pohybu.

Pracovnice se shodují, že i v tomto případě se jedná o přiměřené riziko. Klient je obeznámen s tím, čím jsou závratě způsobeny a z jeho strany není v této oblasti žádné riziko, co se týká volného pohybu vnímáno. Ostatní klienti se po budově i v areálu chráněného bydlení pohybují bez problémů. Riziko pádu, například při uklouznutí, zakopnutí apod., si žádný s klientů nepřipouští, i když ze strany pracovníků jsou na tuto možnost upozorňováni.

Jiří: „Tak jasně, že doma trefím...přece nejsem magor...proč bych padal, umím chodit...ne určitě neuklouznu, to se mi nemůže stát“. Klient nemá prozatím špatnou zkušenost s tím, že by někde upadl nebo zabloudil v domě, proto tyto situace nehodnotí jako rizikové a spíše se cítí dotčený faktem, že jej někdo může považovat v tomto směru za neschopného. Z rozhovoru vyplynulo, že se cítí spíše degradován do role dítěte, když se o něm někdo domnívá, že by mohl upadnout nebo zabloudit.

Pozorování klientů neprokázalo, že by měl některý z nich problémy s chůzí, či se v budově nebo areálu chráněného bydlení neorientoval a hrozilo mu zvýšené nebo nepřijatelné riziko.

- **Pohyb venku**

Pohyb venku, tedy mimo chráněné bydlení není omezen pouze na blízké okolí, ale vztahuje se k volnému pohybu kdekoliv mimo areál chráněného bydlení. V této oblasti se liší vnímání rizika pracovníci a klienty bez rozdílu na to, zda chodí mimo areál chráněného bydlení s podporou pracovníků či samostatně.

Marek: „Sám ven nechodím...bojím se...nevím čeho...chci mít někoho u sebe, vždycky chodím s asistentkou...jednou jsem byl u holiče s Petrem, to bylo dobrý...chodím všude s asistentkou i do Olomouce k zubaři, jedu třeba s Alenou.“ Klient neumí specifikovat, z čeho má obavy, ale bez doprovodu jiné osoby, nejlépe pracovníce, nechce opustit areál chráněného bydlení, vždy vyžaduje doprovod. Neumí se rozhodovat a všechny kompetence raději nechává na pracovníci.

Pan **Jiří** je opakem pana Marka, při samostatném pohybu potřebuje minimální podporu ze strany pracovníků. „Chodím sám všude, jezdím do práce a do Olomouce sám...ne nikoho nepotřebuju...někdy mi Jana řekne v kolik mi jede vlak do Rokytnice...ve vlaku mi někdo ukradl telefon, jsem si musel koupit nový a nadával sem.“ Klient je, co se týká volného pohybu mimo areál chráněného bydlení, samostatný. Podporu potřebuje pouze při orientaci v jízdním řádu. Nedokáže však vyhodnotit možnost různých rizikových situací, které jsou spojeny s pohybem mimo chráněné bydlení, jako je např. riziko okradení, možnost konfliktu s jinou osobou atd.

Alena: „Divím se, že ještě nebyla žádná nehoda, vůbec nevím, jak to dělají, když jdou ven bez nás...když jdu s nimi, tak se vůbec nerozhlíží, už se mi mockrát stalo, že jsem je strhla zpět, aby nevstoupili rovnou pod auto...nevím asi, když jdu s nimi, nechávají odpovědnost na mně.“ Příkladem obav spojených s pohybem klientů venku může být podle pracovníce fakt, že klienti předávají své kompetence na

osobu, která jim v danou chvíli poskytuje podporu a doprovází je mimo areál chráněného bydlení. Není jasné, jak se klienti chovají v dopravním provozu bez podpory pracovníků, ale mimo jednoho žádný klient nesdělil, že by měl obavy z toho, že bude účastníkem dopravní nehody na rozdíl od pracovníků, které se této situaci obávají

Všechny pracovnice vnímají riziko v tom, že klienti nedodržují pravidla silničního provozu. V rozhovorech pracovnice shodně uváděly, že klienti vstupují bez rozhlédnutí do silnice. Sami klienti uvedli, že se vždy rozhlédnou. Z přímého pozorování těchto situací kdy klienti přecházeli přes vozovku, vyplynulo, že klienti často přenechávají odpovědnost na pracovnících, které je doprovází. Při samostatném pohybu tedy bez doprovodu pracovnice klienti nejčastěji uváděli, že se při přecházení vozovky rozhlíží, protože se bojí, že je srazí automobil, ale také ne vždy. Na dotaz proč tak nečiní v doprovodu pracovnice, odpovídali, že se občas podívají, ale spíše ne.

Z analýzy dat, vyplynula další skutečnost týkající se pohybu po smíšené komunikaci, kdy je součástí chodníku i cyklostezka. Klienti neumí rozlišit, která část je určena pro chodce a která je pro cyklisty. Jeden z klientů si vzpomněl na nepříjemný zážitek, kdy mu jednat hrozilo nebezpečí úrazu, když vstoupil na cyklostezku pod kolo projíždějícího cyklisty, navíc jak sdělil, mu ještě pán vynadal, což mu bylo dost nepříjemné.

Samostatný pohyb mimo město zvládají dva klienti. Srovnáváním odpovědí těchto klientů a pracovníků na samostatné cestování a pohyb mimo obec, kde žijí, bylo zjištěno, že klienti se pohybují pouze v místech, která již dříve navštívili a kde to znají. Obě strany se shodly na tom, že vnímají riziko v situaci, kdy by klient jel sám na jemu neznámé místo. Jeden z klientů připustil, že by si vyžádal podporu pracovníce. Druhý z klientů uvedl, že by i přes zvýšené riziko jel sám, ale chtěl by

být v telefonickém kontaktu s pracovníci, aby se v případě že se dostane do problému, měl na koho obrátit.

Pracovnice se shodly na tom, že na snižování rizika v oblasti volného pohybu mimo zařízení chráněné bydlení je třeba a lze pracovat, a to zejména nácvikem dodržování pravidel silničního provozu a pravidelnou edukací v tento směru. Dále navrhly pro větší bezpečnost klientů různé formy jak rizika v oblasti volného pohybu minimalizovat například bezpečnostní prvky na oblečení klientů (reflexní pásy, nášivky), kontrolu mobilních telefonů (dostatečný kredit na volání, nabité baterie telefonu).

4.1.2 Hospodaření s finančními prostředky

Z mé analýzy dat vyplynulo, že žádný z klientů, který se rozhovorů a pozorování zúčastnil, nemá povědomí o tom, jakou formou získává peníze. Pracovnice tuto jejich neschopnost pochopit, že mají k dispozici danou částku peněz, vnímají jako rizikovou situaci, zejména z toho důvodu, že klienti nepřiměřeně hospodaří s finančními prostředky a hrozí riziko ztráty či snížení majetku. Pracovnice popisovaly situaci, kdy klient dvakrát ztratil peníze.

Petr: „dvakrát sem ztratil peníze, dal sem si je do kapsy a někde mi vypadly...hrozně sem nadával, nemohl sem si koupit cigarety...už si dávám pozor, fakt se bojím, že je zas ztratím.“ Pana Petra velmi rozrušila ztráta peněz, jelikož je silný kuřák a vzhledem k tomu, že v současné době nechodí do zaměstnání, uvědomuje si, že ztráta peněz snižuje jeho možnost koupit si dostatečné množství cigaret, což je pro něj velmi stresující.

V prvním případě klient vůbec ztrátu neřešil, vzal si další peníze a šel si koupit cigarety. Při druhé ztrátě finančního obnosu, už klient peníze neměl. Teprve tato

druhá negativní zkušenost jej přiměla k tomu, aby více dbal na to, kam si peníze ukládá a snížil možnost ztráty peněz. V tomto případě pracovnice klientovi navrhly, aby si pro peníze chodil vždy s peněženkou, aby zamezil ukládání peněz na jiná místa (kapsy) a zmínil tak možnost ztráty.

Obě zainteresované strany bez rozdílu vyhodnotily jako reálné riziko možnost zadlužení a finanční zneužití jinou osobou. S touto negativní zkušeností se klienti setkali prostřednictvím jejich bývalého spolubydlícího, u kterého došlo k tomu, že si na něj vzala druhá osoba úvěr a přivedla jej do finanční tísně. Tato zkušenost bývalého spolubydlícího rezonuje mezi klienty stále a z tohoto rizika mají obavu. Pracovnice v tomto směru klienty často edukují a připomínají jim, aby nedůvěřovali cizím osobám a na své doklady si dávali pozor, případnou ztrátu či odcizení okamžitě nahlásili.

K oblasti rizika hospodaření s finančními prostředky se klienti vyjadřovali mimo obav ze zadlužení spíše lehkomyšlně. Tento fakt potvrdily při rozhovorech pracovnice, které uváděly, že klienti své finanční možnosti spíše neřeší, a za důležitý ukazatel stavu svých finančních prostředků, považují možnost zakoupit si co největší množství cigaret.

Na rozdíl od klientů sdělily pracovnice i obavy z možného finančního zneužití ze strany rodiny, k čemuž v minulosti již došlo a klient byl zcela bez finančních prostředků. Jako další rizikový faktor, kdy by klient mohl přijít o peníze, uvedly dvě pracovnice možnost, kdy se klient stýká s osobami, které klienta nabádají k trestné činnosti – drobné krádeže, prodej drog atd. Klient tak může přijít nejen o finanční prostředky, ale také se dostat do střetu se zákonem.

Pan **Slávek**, který má poruchu sluchu a řeči, při rozhovorech mluvil útržkovitě: „chodím do práce...už sem to řekl všem kamarádů... ptali se mě kolik mi tam dají peněz a jestli jim něco dám...řekl jsem to bráchovi, zavolá ti, ať mu řekneš kolik mám peněz.“

Klient ví, že u něj v minulosti došlo ke zneužití v oblasti financí jinou osobou (bratrem), přesto se chlubí, tím že chodí do zaměstnání a má výplatu. Navíc se stýká s osobami, které po něm peníze požadují nebo jej nabádají k trestné činnosti. Vzhledem k tomu, že klient byl v minulosti trestě stíhán, nepřikládá tomu, s jakými lidmi se stýká a jak jej ovlivňují, žádný význam.

Alena: „ S penězi u některých klientů celkem bojujeme, tedy s tím vysvětlit jim, že jich třeba moc nemají, že si nemůžou koupit vše, co chtějí...většina z nich by to utratila za cigarety...někteří jsou moc důvěřiví, byl tu klient, na kterého si kamarád uzavřel úvěr, údajně ho pořád splácí“.

Pracovnice mají s riziky v oblasti hospodaření s finančními prostředky bohaté zkušenosti, neboť klienti nemají dostatek financí na vše, co by si chtěli koupit. Vzhledem k tomu, že klienti nejsou finančně gramotní, není možné jim vysvětlit, že je třeba nejprve zaplatit ubytování, jídlo, léky atd. a teprve potom si mohou koupit cigarety, kávu, cukrovinky. V této oblasti se pracovnice shodly na tom, že spolupráce s klienty je náročná, ale zároveň dodaly, že i v této oblasti s klienty lze pracovat na tom, aby rizika byla minimální.

4.1.3 Zdravotní rizika

Oblast zdravotních rizik byla oběma zainteresovanými stranami shledána jako velké téma, kdy rozhovory byly, zejména co se týká klientů plné emocí, a otevření tohoto tématu bylo pro klienty přijatelnější v neformálních rozhovorech. Z kooperace získaných odpovědí vyplývá, že zdravotní rizika jsou klienty a pracovníci chráněného bydlení vnímána odlišně. Žádný z klientů nevyhodnotil kouření jako rizikový faktor, který může mít vliv na jejich zdraví, stejně tak tomu bylo u požití nepřiměřeného množství alkoholu a pouze jeden klient odpověděl, že může mít zdravotní problémy, pokud nebude brát léky.

František: „Nebral sem léky...Alena na to přišla...hodil sem je do záchodu...nevím proč...hodně ráno kašlu a prej to mám z cigaret...vykouřím celou krabičku za den...když nemám, jdu žebrot za Jirkou nebo se hrabu v popelníku a kouřím vajgle.“ Pan František je nejstarším klientem chráněného bydlení a s ničím, a to ani se svým zdravotním stavem si již nedělá starosti. Je mu zcela jedno zda si svým počínáním bude způsobovat zdravotní komplikace, rozhodující je pro něj to, že může kouřit.

Petr: „Brácha mi řekl, že moc kouřím...dostanu jen 15 cigaret na den, pak chodím venku a sbírám vajgle nebo je hledám v popelníku...dávám si je do kapes, Petra mi řekla, že se můžu zapálit...to nejde, když to už nehoří“. Pracovnice se k tomuto vyjádřili, že podle jejich názoru jsou klienti tak závislí na tabákových výrobcích, že tato závislost převažuje nad rizikem vyplývajícím z kouření.

Pracovnice žádné zdravotní riziko nevyhodnotily jako zvýšené nebo nepřijatelné na druhou stranu se shodují na tom, že klienti nejsou schopni adekvátně rizikové situace vyhodnotit a je třeba je v tomto ohledu každodenně edukovat. Dále se shodly na tom, že jako největší riziko po zdravotní stránce vnímají nadměrné kouření a sbírání nedopalků, což jak uvedly, může být příčinou různých onemocnění.

Pracovnice vyhodnotily tuto oblast jako velmi náročnou na spolupráci s klienty a to zejména s těmi, kteří kouří. V tomto případě uvádějí, že lze klientům pouze vysvětlovat negativní dopad tabákových výrobků na jejich zdraví, ale rozhodnutí, zda budou kouřit či nikoliv je pouze na klientech.

Otázka nadměrného požití alkoholu byla aktuální pouze u jednoho klienta, ostatní pijí alkohol zcela výjimečně, dle jejich vyjádření pouze na Vánoce nebo narozeniny.

Slávek: „nesmím pít pivo...doktorka to řekla, že nesmím, protože beru léky...mě to chutná...i vodka...měl sem u bráchy a hodně moc.“ Pan Slávek, jak již bylo výše zmíněno, má špatné vyjadřovací schopnosti a poruchu sluchu. Této skutečnosti umí využít ve svůj prospěch v situaci, kdy se mu to hodí, zejména při hovoru s lékařkou, která mu důrazně doporučuje, aby vůbec nepil alkoholické nápoje, zcela výjimečně

může jedno pivo. Klient po požití alkoholického nápoje tvrdí, že lékařce úplně nerozuměl a že jedno pivo mu dovolila. Nedokáže odhadnout míru svého pití, což může vést ke změnám chování (verbální či fyzická agresivita).

Klientovi, který občas (pracovnice uvedly, že přibližně jednou za dva měsíce, klient tvrdil jednou za půl roku), užije nadměrné množství alkoholu dle pracovnic hrozí nejen zdravotní rizika spojená s užívanými léky, ale též možné ukončení sociální služby z důvodu porušování pravidel pro společné soužití na chráněném bydlení. Toto riziko bylo pracovnicemi shledáno pro jeho četnost jako běžné i když se zároveň shodují na tom, že klient musí být edukován nejen z jejich strany, ale že je zapotřebí podpory i ze strany odborného lékaře. Tím pracovnice míní, aby lékař objasnil klientovi dopad nadměrného užívání alkoholu spolu s léky na jeho zdraví.

4.1.4 Bydlení a vedení domácnosti

Odpovědi klientů a pracovnic k dané rizikové oblasti spolu nekorespondují. Zatímco klienti neshledali žádné riziko, které by se týkalo vedení jejich domácnosti, naopak pracovnice jich popsaly několik a shodly se na tom, že klienti je za rizikové nepovažují. Pracovnice se dále shodly, že jimi vyhodnocená rizika jsou riziky přiměřenými, ale také se shodly, že je třeba s klienty stále pracovat, aby se je učili minimalizovat.

Zejména pozorováním klientů při běžném užívání domácnosti a při neformálních rozhovorech bylo zjištěno, že si klienti neuvědomují, že svým jednáním mohou přivést sebe či své spolubydlící do situace, která je může ohrozit na zdraví či dokonce životě.

František: „Pořád za mnou chodí asistentky, že nezavírám dveře...že prej nás někdo vykrade a je tady zima...zloděj tady nebyl, sem ho neviděl...já o tom nevím, že zapomínám zastavit vodu.“ Zapomínání pana Františka je vzhledem k jeho

zdravotnímu stavu a věku přirozeným jevem. S ohledem na tyto skutečnosti je ze strany pracovníků motivován k tomu, aby dbal na svoji bezpečnost i bezpečnost svých spolubydlících. Připomínání některých skutečností, např. že nezavírá dveře, bere někdy s humorem, někdy reaguje přehlížením, ale umí být vůči pracovníkům i slovně velmi vulgární. Pracovnice k tomuto doplnily, že se za své nevhodné chování vůči nim přijde většinou omluvit.

Pracovnice, jako největší riziko a to pro všechny klienty vnímají používání elektrospotřebičů, kdy je klienti nejčastěji zapomínají vypnout.

Petr : „No šel sem kouřit a nechal sem zapnutý sporák s polívkou...Jana se na mě zlobila, prý jednou vyhoříme a ještě mi nadala, že házím vajgla do skříně...to nemůže hořet, kecá abych se bál.“ Klient neumí dobře vyhodnotit možnost vzniku požáru. V přítomnosti pracovníků na chráněném bydlení se domnívá, že odpovědnost je na pracovnících a že je v bezpečí. Pracovnice obviňuje z toho, že jej zastráší a snaží se jim oponovat.

Dále pracovnice popsaly jako rizikový faktor, že jeden z klientů i přes zákaz kouření v domě, kouří na balkóně svého pokoje a nedopalky hází na střechu domu. Při konfrontaci klienta a pracovnice, klient neshledal, že by se dopouštěl něčeho, čím by mohl ohrozit nejen své spolubydlící, ale i okolní domy a sousedy.

Pracovnice uvedly další možná rizika, které žádný z klientů nevyhodnotil jako situaci, kdy by mohl být nějakým způsobem ohrožen. Tyto situace pracovnice vyzorovaly v průběhu poskytování služby, zejména při podpoře při úklidu a zajištění stravy. Všechny tyto situace shledaly jako běžné riziko, se kterým se setkává v každodenním životě každý člověk. Jednalo se zejména o možnost opaření při samostatném vaření, riziko úrazu pracovními pomůckami (pořezání nožem), riziko zdravotních problémů při samostatném vaření (neznalost pracovních postupů, zdravotní problémy vzniklé z požívání potravin s prošlou záruční lhůtou), riziko úrazu elektrickým proudem (manipulace se zásuvkami, vypínači), riziko zranění při

samostatném úklidu (uklouznutí na mokré podlaze při úklidu nebo při osobní hygieně v koupelně).

4.1.5. Problémové chování a komunikace

Z odpovědí pracovníků vyplynulo, že jako rizikový faktor vnímají to, že si klienti své spolubydlící nemohou vybrat. Jak bylo zmíněno v teoretické části i jak to popsaly pracovníce, mentální postižení má své charakteristické znaky, navíc každý klient je osobnost a má individuální potřeby. Analýza dat ukázala, že i když to klienti vyjádřili jinými slovy, vnímají rozdílnost charakteru osob jako zdroj konfliktních situací.

Riziko agresivního chování vůči svému spolubydlícímu popisoval klient, který s ním sdílí pokoj. Uváděl, že jeho spolubydlící špatně slyší a že nerozumí tomu, co mu říká. Dle jeho slov to u něj vyvolává psychickou nepohodu, je vůči němu verbálně agresivní. **Jirího** rozrušuje jeho spolubydlící, který nosí naslouchadlo „On je fakt hroznej, vůbec mě neslyší...je úplně blbej fakt, pořád mu to musím všechno opakovat...proč to nemá v tom uchu, aby mě slyšel?“ Unavuje ho, že musí svému spolubydlícímu stále vše opakovat a zvyšovat hlas, aby ho slyšel. Vzhledem k tomu, že nemá žádná zdravotní omezení, týkající se sluchu a řeči, cítí se být nadřazený a z pocitu své nadřazenosti se chová autoritativně a vulgárně ke svému spolubydlícímu.

Pozorováním těchto klientů bylo zjištěno, že dochází ke komunikačním obtížím z obou stran. Klient, který špatně slyší, zároveň nechápe význam slov, potřebuje ke komunikaci více prostoru a alternativní metody dorozumívání čemuž se jeho spolubydlící neumí přizpůsobit, není schopen komunikovat tak, aby byl tímto klientem pochopen. Pracovnice k tomu doplnily, že klienti na sebe potom křičí, čímž vyvolávají psychickou nepohodu i u ostatních klientů a dochází ke konfliktům.

Tento klient, který má problémy nejen se sluchem (nosí naslouchalo), ale má vadu řeči (malá slovní zásoba, špatná artikulace), má problémy vznikající z jeho špatných komunikačních schopností nejen se spolubydlíci, ale i při kontaktu s běžnou populací. Pracovní tým se shodl na tom, že nedostatečné komunikační schopnosti klienta jej mohou přivést do rizikových situací, naproti tomu klient svůj handicap nepovažuje za žádnou překážku při komunikaci se svým okolím.

Pozorování i rozhovory ukázaly, že jakékoliv negativní zprávy mají velký vliv na psychickou pohodu klientů. Pracovnice jako nejčastější důvod psychické nepohody klientů uvedly, že nedostatečné množství cigaret u nich vyvolává verbálně agresivní chování vůči svému okolí. Tuto informaci potvrdila analýza rozhovorů s klienty na toto téma. Klient **Petr** se ve stresových situacích velmi negativně vyjadřuje o ženách, a to i o pracovnicích chráněného bydlení. „Někdy nadávám na ženy a na tátu...byl zlej, bil maminku...rozčiluje mě v televizi ten blbej Fiala a Babiš...pak nadávám... a rozčiluje mě Franta, pořád chce cigarety.“ Pana Petra uvádí do psychické nepohody fakt, že nebude mít dostatek cigaret, proto i skutečnost, že je po něm někdo chce, je pro něj rizikovou situací, která vyvolává možnost konfliktu. Stejně tak jej do psychické nepohody uvádí negativní informace z médií, ale i přes tento fakt nechce upustit od sledování pořadů s tématy, která jej rozrušují (kriminální seriály, zprávy apod.). Všichni klienti, kteří kouří, sdělili, že jsou velmi nervózní v situacích, kdy vědí, že nebudou moci kouřit (dlouhé čekání u lékaře, cestování hromadnou dopravou, návštěva míst, kde je zákaz kouření).

Dva klienti v rozhorech přiznali a pracovnice tuto informaci potvrdily, že je rozrušuje delší návštěva u rodiny. **Karel**: „ Když já se bojím maminky...raději ji nic neříkej, bude se zlobit a stejně mi to nedovolí...když sem doma, raději jí nic neříkám, byla by našťvaná.“ Strach klienta z reakce maminky na jeho požadavky např. chtěl si najít zaměstnání, chodit na kulturní akce u něj vyvolává nepřiměřené reakce, které ovlivňují klientovo chování. Obavy z matčina odmítavého postoje

k jeho přáním u něj většinou končí potřebou uzavřít se sám do sebe a na své požadavky rezignovat, nebo naopak vyústí verbální agresivitou.

Dle slov klientů je to doma u rodiny jiné, nemají tak volný režim jako na chráněném bydlení, rodinní příslušníci jim nedávají dostatek prostoru pro vlastní rozhodování, jsou pod psychickým tlakem, nemají režim, na který jsou z chráněného bydlení zvyklí. Pozorování potvrdilo, že po návratu klientů z návštěvy jsou psychicky rozladěni, verbálně napadají ostatní spolubydlící i pracovnice chráněného bydlení. Na druhou stranu jak obě zainteresované strany potvrdily, klienty domů jezdí rádi. Klienti sami identifikovali, co jim na návštěvě u rodiny vadí, ale s touto rizikovou situací neumí pracovat. Pracovnice pro snížení rizika nevhodného chování klientů vůči svému okolí a projevů verbální agresivity navrhly zvýšenou spolupráci s rodinou.

4.1.6 Partnerské vztahy a sexualita

Z výše zmíněných kazuistik i z rozhovorů s klienty vyplynulo, že žádný z klientů není sexuálně aktivní a pouze jeden klient má zájem o vztah se ženou, ale jak uvedl, pouze na přátelské úrovni. U jednoho klienta bylo pracovníci sledováno zvýšené riziko v oblasti navazování partnerských vztahů, kdy klient kontaktuje mladistvé a děti. Protože se klient považuje za teangera, nedokázal tuto situaci vyhodnotit jako rizikovou a nepohlížel na ni jako na možný zdroj rizika pro svoji osobu. Pracovnice se shodly, že takové chování je sociálně nepřijatelné. Navrhly možná řešení tohoto problému. S klientem se pravidelně pracuje - jsou mu opakovány sociální normy, klient je motivován k tomu, aby si hledal, přátele ve svém věku, a také byla celá situace řešena s odborným lékařem. Klient sám se k tomuto vyjadřoval ve smyslu, že nedělá nic špatného, že si hledá jen kamarády. Podle jeho slov mu vadilo, že si na něj

rodiče mladistvých přišli stěžovat pracovním chráněného bydlení a pošpinili jeho dobrou pověst.

František: „ Byl tady nějaký chlap a nadával mi, že jsem se díval na nějakou malou holku, jsem se nedíval...prej mám dalekohled a dívám se na sousedku...ona lže...jo jednou mi nadali policajti, nic jsem neudělal...s nikým se už nebavím...když půjdu ven tak si jich nebudu všímat, když na mě budou volat...nechci mít zase problémy...všichni mě jen špiníte, nic jsem neudělal.“

Klient mluvil v kontextu toho, že byl obviněn několika sousedy, že pozoruje jejich nezletilé děti, když si hrají na zahradě nebo na dětském hřišti, kam pan František chodil. Skutečnost, že jej lidé obviňují, že sledování dětí se jej dotkla, ale nepovažoval ji za něco špatného, naopak si myslel, že obětí je v tomto případě on. Pod tlakem na svoji osobu ze strany lidí ze sousedství, kteří si na něj stěžovali, vyhodnotil, že pro něj bude lepší, když se bude vyhýbat místům, kde se vyskytují děti.

Pracovnice se shodly, že jako největší riziko vnímají případ pana Františka. Je nutné podotknout, že zde částečně šla stranou profesionalita pracovníků a tuto situaci řešili i z lidského hlediska zejména z pohledu rodičů.

Vzhledem k tomu, že mimo jednoho klienta, který touží po partnerském vztahu, nemá žádný z klientů zájem udržovat partnerský vztah nedokázali se klienti ani pracovníci shodnout v názoru, zda by chtěli, aby komunitu chráněného bydlení tvořily i ženy. Pokud by tato situace nastala, musely by pracovníci, jak uváděly při dotazování, řešit další možné rizikové situace – riziko otěhotnění, riziko sexuálního zneužívání, riziko nebezpečí přenosu pohlavních nemocí (poslední dvě rizika ale uváděly i jako možné riziko v mužském kolektivu).

Diskuze

Cíl předkládané práce byl formulován jako zmapování rizik chráněného bydlení ze strany klientů a pracovníků. Interpretací jednotlivých rizikových oblastí, ke kterým se obě zainteresované strany vyjádřily, byly zodpovězeny dílčí otázky: Které situace vnímají zainteresované strany jako rizikové situace a jsou schopny je popsat? Je možné podle zainteresovaných stran pracovat na minimalizaci rizikových situací?

Obě zainteresované strany byly schopny popsat rizikové situace v několika oblastech. Tématem k diskusi jsou postoje obou stran ke schopnostem klientů rizikové situace správně a včas vyhodnotit bez podpory druhé osoby. Tématem je také domněnka, zda klienti svého handicapu nevyužívají k tomu, aby přenechávali odpovědnost na jinou osobu či jej využili ve svůj prospěch s cílem získat nějaké výhody. Nelze zcela vyloučit, že klienti nevnímají fakt, že mají odpovědnost za své činy do chvíle, kdy jsou konfrontováni s určitou situací, ve které jim riziko hrozí nebo už se v takové situaci nachází. Skutečnost, že klienti nejsou zcela adekvátně vždy schopni posoudit rizikové situace je dána charakteristikou jejich zdravotního postižení, ale může být ovlivněna i jinými faktory jako jsou např. současná životní situace, vlivy vnějšího okolí, momentální psychický stav apod. Výsledky výzkumu tedy nelze zobecňovat, je třeba brát v potaz všechny informace související s daným tématem a zejména s charakteristickými rysy osob, kterých se výzkum týkal.

Avšak jak vyplynulo z kooperace získaných dat, lze potvrdit, že chráněné bydlení co by sociální služby vzniklé v důsledku transformace a deinstitutionalizace je vhodnou formou sociální služby pro osoby s mentálním postižením. To dokládá fakt, že, se klienti byli schopni začlenit do běžné populace např., chodí do zaměstnání, do sociálně terapeutické dílny, využívají běžně dostupné služby apod. To vše s individuální podporou pracovníků nebo samostatně. Dále se potvrdila myšlenka, že na identifikaci rizik je možné pracovat, ale nejlépe ve spolupráci obou

zainteresovaných stran a také za účasti ostatních subjektů: rodina, opatrovník, lékař atd. V tomto směru lze ještě dodat, že ne vždy je spolupráce s klienty jednoduchá a to zejména s ohledem na specifika mentálního postižení, která byla zmíněna v teoretické části práce.

Pohyb a samostatný pohyb v budově a venku

Výsledky analyzovaných dat ukazují, že klienti nezastávají stejný názor na riziko pohybu venku, jako pracovníce, a to zejména v oblasti pohybu v silničním provozu. S ohledem na to, že nelze prokázat, jak se klienti chovají v nepřítomnosti pracovníků, nelze jednoznačně potvrdit, čím je jejich chování způsobeno, ale pracovníci i klienti se shodují, že na riziku spojené s pohybem venku lze společně pracovat a minimalizovat je zejména prostřednictvím edukace a nácviku pohybu v silničním provozu.

Hospodaření s finančními prostředky

Pracovníci se stavěly ke schopnostem vyhodnotit riziko v oblasti hospodaření s finančními prostředky klienty skepticky. Zdůvodnily to jejich nedostatečnou finanční gramotností. Tento svůj postoj demonstrovaly na zkušenostech klientů, kdy popisovali spíše negativní zkušenosti. Klienti otázku svých finančních možností spíše neřeší a přenechávají odpovědnost na pracovnících či opatrovnících.

Zdravotní rizika

Lze konstatovat, že oblast zdravotních rizik hodnotí pracovníci a klienti zcela odlišně. Zatímco pracovníci vnímají značné riziko zejména u klientů, kteří kouří tito klienti naopak kouření, jako riziko nevnímají. Nelze říci, zda je to způsobeno charakteristikou jejich zdravotního postižení, nebo jejich závislostí na tabákových výrobcích, což by odpovídalo tomu, že potřeba kouřit je silnější než strach z možných zdravotních rizik.

Bydlení a vedení domácnosti

Interpretací dat bylo zjištěno, že klienti neshledávají žádné riziko nebo pouze běžné v oblasti bydlení a vedení domácnosti. S tímto se vzhledem k informacím získaných při rozhovorech s pracovníci neshodují v jejich názoru na to, zda by byli schopni si v rizikové situaci, např. při vzniku požáru, poradit.

Problémové chování a komunikace

Obě zainteresované strany se shodují, že klienti umí ve většině případů identifikovat zdroj jejich problémového chování, ale ne vždy umí pracovat na tom, aby nedocházelo k vyhocení situace až do konfliktu, či jejich psychické nepohody. Výsledky výzkumu potvrzují, že je třeba ke každému klientovi přistupovat individuálně s ohledem na jeho zdravotní postižení a k jeho specifickým potřebám.

Partnerské vztahy a sexualita

Analýza dat ukázala, že jsou klienti podporováni ze strany pracovníků v udržování partnerských vztahů, ale mezi klienty není zájem o to najít si partnera. Vzhledem k této skutečnosti nebylo zcela možné zjistit, zda umí reálně identifikovat možná rizika. Při rozhovorech někteří klienti zmínili riziko otěhotnění partnerky.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká rizika vnímají klienti a pracovníci sociální služby chráněné bydlení, tedy rizikové oblasti zmapovat. Po vyhodnocení všech dat získaných od zainteresovaných stran lze konstatovat, že cíle bylo dosaženo.

V souladu se stanoveným cílem byla teoretická část koncipována tak, aby svým obsahem kooperovala s praktickou částí a podpořila získaná a analyzovaná data informacemi podloženými odbornou literaturou. Teoretická část práce se skládá ze třech obecných kapitol, které jsou rozvinuty do konkrétnějších podkapitol souvisejících s tématem práce.

Jelikož je tato práce věnována lidem s mentálním postižením, zaměřuje se první kapitola na specifikaci tohoto fenoménu. Druhá kapitola popisuje systém sociálních služeb u nás z všeobecného hlediska, zmiňuje proces transformace a deinstitucionalizace a s ohledem na zvolené téma práce se věnuje také sociální službě chráněné bydlení. Poslední část se věnuje práci s rizikem, identifikaci rizikových oblastí a právům člověka s mentálním postižením.

V úvodu praktické části je definován cíl výzkumné části práce, který byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných a neformálních rozhovorů a pozorování klientů a pracovníků chráněného bydlení. Pro lepší porozumění vyhodnocování rizikových oblastí je prostřednictvím krátkých kazuistik nastíněn základní charakter klientů, kteří se výzkumu zúčastnili. Získaná data od obou zainteresovaných stran byla podrobena analýze. Klienti i pracovníci hodnotili rizikové situace v šesti oblastech: pohyb a samostatný pohyb v budově a venku, hospodaření s finančními prostředky, zdravotní rizika, bydlení a vedení domácnosti, problémové chování a komunikace, partnerské vztahy a sexualita. Získaná data byla vyhodnocena a interpretována. Prostřednictvím shrnutých výsledků bylo docíleno zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

Závěrem lze říci, že téma, které bylo zpracované, v bakalářské práci pracovníky chráněného bydlení zaujalo a při rozhovorech se hodně zamýšleli i nad dalšími rizikovými situacemi, které v práci zmíněny nebyly a se kterými se u svých klientů zatím nesetkali, ale jevíly se jim jako potenciální zdroj rizika. Uvedli například riziko při užívání internetu respektive sociálních sítí a s tím spojenou možnost kontaktu s nevhodnými osobami.

Při výzkumu také vyšlo najevo, že pracovníci často zmiňovali rizika spojená s poskytováním sociální služby chráněné bydlení pro jejich osobu, což by se dle jejich názoru mohlo stát dalším tématem pro další výzkum.

Seznam použité literatury

Čámský, P., Sembdner, J., & Krutilová, D. (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Portál.

Cháb, M. (2004). *Svět bez ústavů*. QUIP - Společnost pro změnu.

Johnová, M., & Čermáková, K. (2004). *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele* (3. vyd). Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Kruliš, J. (2011). *Jak vítězit nad riziky: aktivní management rizik - nástroj řízení úspěšných firem*. Linde.

Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.

Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (2., aktualiz. vyd). Portál.

Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce* (Vydání třetí). Portál.

Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál.

Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. MSD.

Rada, M. (2006). *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*. Hnutí humanitární pomoci.

Sobek, J., & , et al. (c2007). *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Portus Praha.

Sobek, J., & , et al. (2010). *Práce s rizikem v sociálních službách: [příručka pro zaměstnance a poskytovatele sociálních služeb]*. Portus Praha.

Šiška, J. (2005). *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Karolinum.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 3., rozš. a přeprac). Portál.

Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., & , et al. (2018). *Mentální postižení* (2., přepracované a aktualizované vydání). Grada.

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (2006).

https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf/a538a1ee-153e-a989-b2b5-c62ae97d5262