



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Vybrané aspekty sociální práce s klienty se zdravotním
postižením**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Kristýna Petrová

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Vybrané aspekty sociální práce s klienty se zdravotním postižením*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat především vedoucí této bakalářské práce, paní doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové Ph.D. za její vstřícnost, obětavost, trpělivost a ochotu, se kterou ke mně při psaní práce přistupovala a díky jejíž pomoci mohla tato práce vzniknout. Také bych chtěla poděkovat všem informantům a vedení zařízení sociálních služeb za jejich pomoc při sběru dat.

Vybrané aspekty sociální práce s klienty se zdravotním postižením

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na sociální práci s klienty se zdravotním postižením. Je zřejmé, že zdravotní postižení představuje pro klienty značná sociální a ekonomická úskalí, která mohou vést k sociálnímu vyloučení. Je proto důležité zajistit včasnou pomoc a péči, která je založena na spolupráci klienta, jeho rodiny a zařízení sociálních služeb.

Teoretická část bakalářské práce se věnuje práci sociálního pracovníka, a to vzděláním, profesní etikou, syndromem vyhoření anebo třeba metodami a technikami sociální práce, které při výkonu své profese využívá. Dále pak je teoretická část zaměřena na definici a klasifikaci zdravotního postižení, poté sociálním zabezpečením osob se zdravotním postižením a sociálními službami, které mohou osoby se zdravotním postižením využívat.

Ve výzkumné části byla použita kvalitativní výzkumná strategie s použitím techniky rozhovoru podle návodu se sociální pracovníci, pracovníky v sociálních službách a klienty ve vybraném zařízení sociálních služeb – domově pro osoby se ZP. V rámci zachování anonymity nebude zařízení konkretizováno. Cílem této bakalářské práce je zmapovat život klientů se zdravotním postižením, a to především s mentálním či kombinovaným postižením, ve vybraném centru sociálních služeb. Dalším cílem je také zjistit, jakým způsobem je v tomto zařízení realizována sociální práce s klienty. K naplnění cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaký mají klienti v centru sociálních služeb denní program? Jaký mají klienti vztah ke svému okolí (zařízení, ostatní klienti, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách)? V čem vidí pracovníci pozitiva a negativa ve své práci s klienty se zdravotním postižením? Data byla zpracována v programu Atlas.ti 9.

Výsledky výzkumu ukazují, že práce s klienty je založena na individuálních potřebách jednotlivých klientů. Pracovníci kladou důraz především na princip dobrovolnosti. Z rozhovorů je dále patrné, že klienti jsou ve vybraném zařízení spokojeni.

Klíčová slova

Zdravotní postižení; sociální práce; sociální služby; sociální dávky; sociální pracovník

Selected Aspects of Social Work with Clients with Disability

Abstract

This bachelor thesis is aimed at social work with clients with disability. It is obvious that disability creates barriers at client's social and economical problems that could lead to the social exclusion. For that reason, it is quite important to provide early help and services which is based on cooperation with clients, their families and social services facility.

Theoretical part is dedicated to the work of a social worker which is connected to the education, professional ethics, burnout syndrome or methods of social work that are used. This part also includes definition and classification of disability, social security for people with disabilities and social services that can be used by people with disabilities.

Research part was done by using qualitative strategy with a use of semi-structured interview. Individual interviews were made with social worker, workers at social services and even clients that all come from one facility of social services for people with disabilities. In terms of keeping everything and everyone anonymous name of this facility won't be mentioned. Aim of this bachelor thesis is to map lives of clients with disabilities, mainly with mental and combined disability at selected social services facility. Next aim is to find out the way of providing social work to the clients at the same facility. Research questions were made to fulfill these goals: What is the client's agenda? What relationship do clients have with the environment (facility, other clients, social workers, workers at the social services)? What is considered positive and negative by workers of the social services when it comes to the work with clients with disabilities. The results were processed with Atlas.ti 9.

Results of the research show that work with these clients is based on individual needs. Workers at social services emphasize principle of voluntariness. It is obvious from the interviews that clients are happy and pleased at the selected social service facility.

Key words

Disability; Social Work; Social Services; Social Benefits; Social Worker

Obsah

1	Úvod	9
2	Výkon práce sociálního pracovníka	10
2.1	Vzdělání sociálního pracovníka	10
2.2	Supervize	10
2.3	Etika a etický kodex	11
2.4	Syndrom vyhoření	11
2.5	Metody sociální práce	12
2.5.1	Sociální práce s jednotlivcem	13
2.5.2	Sociální práce se skupinou	13
2.5.3	Sociální práce s rodinou a dětmi	13
2.5.4	Komunitní práce	14
2.6	Techniky sociální práce	14
2.6.1	Aktivní naslouchání	14
2.6.2	Vedení rozhovoru	14
2.6.3	Zooterapie	15
2.6.4	Krizová intervence	15
2.6.5	Případová konference	15
2.6.6	Preterapie	15
3	Definice a dělení zdravotního postižení	17
3.1	Definice zdravotního postižení	17
3.2	Dělení a specifikace zdravotních postižení	17
3.2.1	Mentální postižení	17
3.2.2	Tělesné postižení	18
3.2.3	Zrakové postižení	19
3.2.4	Sluchové postižení	19
3.2.5	Řečové postižení	20
3.2.6	Kombinované postižení	21
4	Sociální zabezpečení osob se zdravotním postižením	22
4.1	Dávky důchodového pojištění	22
4.2	Dávky pro osoby se zdravotním postižením	23
4.3	Dávky sociální péče	26

5	Sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením.....	28
5.1	Služby sociální péče.....	28
5.1.1	Osobní asistence	28
5.1.2	Pečovatelská služba	29
5.1.3	Odlehčovací služba	29
5.1.4	Centrum denních služeb.....	29
5.1.5	Denní stacionář	30
5.1.6	Týdenní stacionář.....	30
5.1.7	Domov pro osoby se zdravotním postižením	30
5.1.8	Domov se zvláštním režimem.....	30
5.1.9	Chráněné bydlení	31
5.2	Služby sociální prevence.....	31
5.2.1	Sociálně-terapeutické dílny.....	31
5.2.2	Sociální rehabilitace.....	31
6	Cíl práce a výzkumné otázky.....	32
6.1	Cíle	32
6.2	Výzkumné otázky.....	32
7	Metodika.....	33
7.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	33
7.2	Časový harmonogram sběru dat.....	34
7.3	Vyhodnocení dat	34
8	Etika.....	35
8.1	Ochrana soukromí a osobních údajů	35
8.2	Informovaný souhlas.....	35
8.3	Audiozáznam.....	35
9	Výsledky	36
9.1	Mapa života klientů.....	36
9.1.1	Denní program	37
9.1.2	Práce s klienty	42
9.1.3	Prostředí	46
9.2	Výkon práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách	50

9.2.1	Náplň práce sociálních pracovníků.....	52
9.2.2	Náplň práce pracovníků v sociálních službách.....	53
9.2.3	Pozitiva a negativa práce	55
9.2.4	Potřebné vlastnosti a dovednosti pracovníků.....	57
10	Diskuze.....	61
11	Závěr	66
12	Zdroje	68
13	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	73
14	SEZNAM PŘÍLOH	74
15	SEZNAM ZKRATEK	80

1 Úvod

Dle Světové zdravotnické organizace (Disability and Health, 2020) žije na celém světě více než 1 miliarda osob s určitou formou zdravotního postižení. Toto číslo se dramaticky zvyšuje především z důvodu demografických změn, tj. stárnutí populace, ale také nárůstem chronických onemocnění. Světová zdravotnická organizace, WHO, (Disability and Health, 2020) dále uvádí, že téměř každý se ve svém životě, dočasně nebo trvale, stane osobou se zdravotním postižením.

Z šetření ČSÚ (Výběrové šetření osob se zdravotním postižením, 2019) vyplývá, že v České republice žije přibližně 13 % zdravotně postižených osob starších 15 let a které žijí v soukromé domácnosti. Pouze 2 % z 1 152 tisíc těchto osob udává, že nejsou nikterak omezeni. Skupina osob se zdravotním postižením je velice rozsáhlá, a to nejen z hlediska typu a rozsahu postižení, ale i co se týče projevů u konkrétních osob.

Břízová a Bocksneiderová (2008) uvádí, že i přes zdravotní komplikace chtějí mít osoby se zdravotním postižením stejná práva jako osoby bez postižení. Zdravotně postižení se snaží zapojit v pracovním procesu, najít své společenské uplatnění, vést spokojený rodinný život a rozhodovat se o svém vlastním bytí. Autorky dále uvádí, že při sociální práci s klienty se zdravotním postižením by se měl klást důraz především na rozvoj dovedností a schopností, které povedou k běžnému samostatnému životu v takové míře, jak jen to jejich zdravotní stav dovolí.

2 Výkon práce sociálního pracovníka

Dle § 109 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění *sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*

2.1 Vzdělání sociálního pracovníka

Matoušek et al. (2013) uvádí, že po roce 1993, kdy vznikla Asociace vzdělavatelů v sociální práci, došlo ke zkvalitňování vzdělávání v sociální práci. A to především díky uplatňování Minimálního standardu vzdělávání v sociální práci. Tento standard zajišťuje nejnižší možnou úroveň, které by měl studijní obor dosahovat, aby získal akreditaci, ale zároveň dává školám dostatek prostoru k vytvoření vlastního vzdělávacího programu.

Malíková (2011) odkazuje na zákon 108/2006 Sb. v platném znění, konkrétně na § 110 a § 111, dle kterých musí sociální pracovník splňovat určité kvalifikační požadavky, mezi které patří minimální dosažené vzdělání. Minimálním vzděláním sociálního pracovníka se rozumí vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání ukončené státní závěrečnou zkouškou, a to bakalářské či magisterské, se zaměřením na sociální práci, speciální pedagogiku, sociální politiku a sociální péči a jiné.

2.2 Supervize

Havrdová (2013) uvádí, že cílem supervize je co nejlepší a nejkvalitnější praxe sociální práce, která je poskytována konkrétními pracovníky v konkrétním zařízení. Autorka dále tvrdí, že supervize cíleně působí na pracovníka, na jeho profesní vztahy, vztah k profesi a k celé organizaci, vztah ke klientům a v neposlední řadě i vztah k sobě samému v rámci výkonu pracovní role. Nástrojem supervize je otevřený a důvěrný prostor ke sdílení, reflexi, sebereflexi a učení.

Dle Malíkové (2011) vede odborně a správně vedená supervize mimo jiné ke zvyšování kvality služeb, ale i k řešení potíží na pracovišti, funguje jako jedna z prevencí syndromu vyhoření, pomáhá při zaškolování nových pracovníků a dále podporuje vzdělávání a rozvoj.

2.3 Etika a etický kodex

Michalík et al. (2011) udává, že pomáhající profese jsou, na rozdíl od jiných povolání, svázány několika pravidly chování a etickými zásadami. Tato pravidla jsou založena buď na zvyklostech anebo jsou ve formě psaných kodexů.

Jankovský (2018) uvádí, že profesní etické kodexy jsou zaměřeny především na cíl konkrétní profese, ale i konkrétní organizace. Tyto kodexy mohou dle autora sloužit pouze jako pomůcka a udávají, co zaměstnavatel od svých zaměstnanců požaduje anebo mohou být závazné a jejich porušení je sankcionováno. V obou těchto případech je cílem etického kodexu regulování chování pracovníků, podněcování ke spolupráci, rozdělení povinností a pravomocí mezi zaměstnance a vede k zodpovědnosti pracovníků.

Pasini (2016) uvádí, že profesní etika napomáhá sociálním pracovníkům při každodenním rozhodování morálních dilemat. I přesto však profesní etika může být ve střetu s pravidly a postupy organizace. Dále pak může etiku ovlivňovat i kultura nebo politická situace.

Matoušek et al. (2013) uvádí, že impulzem pro zvýšení zájem o etiku v sociální práci byly pochybení a skandály sociálních pracovníků, kteří při výkonu svého povolání morálně selhali. Dalším důvodem může být i rychlý pokrok a používání nových technologií, která s sebou přináší etická dilemata a rizika.

2.4 Syndrom vyhoření

O syndromu vyhoření se poprvé zmínil Herbert J. Freudenberger, a to v roce 1974 v článku *Staff Burn-Out* publikovaném v časopise *Journal of Social Issues*. Freudenberger (1974) popsal syndrom vyhoření jako stav vyčerpání, který se obvykle dostavuje zhruba rok po nástupu do zaměstnání. Mezi fyzické příznaky Freudenberger

(1974) řadí vyčerpání, nespavost či časté bolesti hlavy. Syndrom vyhoření je dle autora také spjat se změnou chování. Pracovníci postižení vyhořením jsou frustrováni, těžko ovládají své emoce, velmi snadno se rozzuří nebo rozpláčou. Do nejrizikovější skupiny dle autora patří pracovníci, kteří svůj život zasvětili práci. Jsou to ti pracovníci, kteří pracují dlouhé hodiny v nejvyšší intenzitě. Velmi často se také stává, že toto pracovní nasazení není dostatečně oceňováno, ba naopak má nadřizený ještě vyšší nároky. I tento tlak může vést k vyhoření. K vyhoření pracovníka může dojít také ve chvíli, kdy jeho práce začne být rutinou.

Pešek a Praško (2016) uvádí, že v průběhu let vznikly další definice, které se ovšem téměř nelišily od Freudengerovy formulace. Všechny se shodují na tom, že vyhoření je především stav psychiky, který je typický únavou, nižším výkonem v práci. Tento stav je zapříčiněn dlouhodobým stresem.

Stock (2010) uvádí několik způsobů, jak se bránit syndromu vyhoření. První z možností je naučit se udržet odstup, a to po psychické i fyzické stránce. Dále je třeba umět posoudit svoji situaci ve smyslu přijímané a vydávané energie. Pokud tato analýza zjistí, že pracovník energii spíše vydává, je třeba se zaměřit na posilování možných zdrojů energie. S tímto souvisí i další metoda prevence, a to relaxace a sport. Výběr vhodného pohybu a relaxační metody je zcela individuální. Nejdůležitější však je se zbavit stresoru, to znamená změnit pracovní podmínky – méně povinností, zlepšení pracovních vztahů, ale i úplná změna zaměstnání.

Benner a Curl (2018) uvádí, že syndrom vyhoření se velmi často objevuje už i u studentů oboru sociální práce, a to především při spojení studia a zaměstnání.

2.5 Metody sociální práce

Břizová (2019) uvádí čtyři metody sociální práce s klienty se zdravotním postižením, a to případovou práci, práci s rodinou, sociální práci se skupinou (skupinovou práci) a komunitní sociální práci.

2.5.1 Sociální práce s jednotlivcem

Břizová (2019) vysvětluje, že při případové práci se zdravotně postiženou osobou je zapotřebí nejen odbornost a kvalifikace sociálního pracovníka, ale také jeho komunikační dovednost, která je důležitá pro vztah klienta a sociálního pracovníka. Dále pak je zapotřebí, aby pracovník zjistil, ve kterém věku klienta došlo ke zdravotnímu postižení a aby si pracovník uvědomil, že každý klient své postižení vnímá jinak, každý klient může mít jiné projevy a důsledky a také zde hrají roli odlišné schopnosti jednotlivých klientů.

2.5.2 Sociální práce se skupinou

Základním prvkem sociální práce se skupinou je dle Matouška (2013) skupinová zkušenost jednotlivých členů, která má přinášet změnu v životech klientů. Tato zkušenost má sloužit k předcházení různých sociálních problémů, má podporovat inkluzi členů do běžného života či povzbudit odpovědnost a občanskou participaci.

Matoušek et al. (2013) dále uvádí, že existuje mnoho typů skupin, a to např. podle role pracovníka nebo účelu skupiny. V tomto kontextu se odkazuje na Toselanda a Rivase.

Toseland a Rivas (2017) dělí skupiny na:

1. Pomáhající skupiny:

- a) Podpůrné skupiny
- b) Vzdělávací skupiny
- c) Skupiny zaměřené na růst
- d) Terapeutické skupiny
- e) Socializační skupiny

2. Skupiny úkolově orientované

2.5.3 Sociální práce s rodinou a dětmi

Matoušek et al. (2013) uvádí, že se během několika let zcela změnila velikost a struktura rodin a ruku v ruce s tím i stabilita.

Matoušek et al. (2013) definují, že při práci s dětmi a rodinou hodnotí rizikové a protektivní faktory. V případě, že převládají rizikové faktory, stává se rodina ohroženou. Matoušek et al. (2013) dále uvádí, že práce s rodinou probíhá především v běžném, domácím prostředí. Toto prostředí dodává rodině pocit bezpečí a jistoty. Pracovník by si měl získat důvěru rodiny a pokusit se s nimi vytvořit společné cíle, aniž by pracovník přebíral odpovědnost za členy rodiny.

2.5.4 Komunitní práce

Matoušek et al. (2013) uvádí, že komunitní práce je práce s lidmi, kteří žijí v geograficky, politicky, ekonomicky či sociálně ohraničené oblasti. Tyto osoby, komunitu, spojují určité společné znaky a je pro ni typická struktura. V sociální práci se komunity využívá především při vyvolávání a podpory změny v rámci komunity. Tato změna se může týkat široké škály oblastí – od sociální či zdravotní péče, přes vzdělávání, až po životní prostředí.

Škrabal (2014) uvádí, že v komunitní práci je k řešení problémů využíváno vztahů, a to především společenské aktivizace.

2.6 Techniky sociální práce

2.6.1 Aktivní naslouchání

Matoušek et al. (2013) vysvětlují aktivní naslouchání jako komunikační techniku, která má za cíl udržení pozornosti a maximální vnímání toho, co nám chce komunikační partner sdělit a tím mu následně poskytnout co nejlepší zpětnou vazbu. Mezi techniky aktivního naslouchání patří například zrcadlení, pozornost k neverbální komunikaci, poskytování zpětné vazby či parafrázování.

2.6.2 Vedení rozhovoru

Matoušek et al. (2013) uvádí vedení rozhovoru jako základní dovednost sociálního pracovníka. Rozhovor je základním nástrojem, jak pracovník analyzuje životní situaci a problémy klienta. Další důležitou součástí rozhovoru je zachování lidského a důstojného přístupu. Vedení rozhovoru má mnoho pravidel, které vedou k jeho úspěšnosti, a to například omezení rušivých elementů, otevřené otázky atd.

2.6.3 Zooterapie

Svobodová (2010) uvádí, že formulace zooterapie není zcela jasná a jednoduchá. Přesto definuje, že zoorehabilitace je soubor činností se zvířaty, který je využíván při práci s klienty se zdravotním postižením, a to fyzickým i duševním. Mezi využívaná zvířata patří nejen psi a kočky, ale i hospodářská zvířata nebo ptáci.

2.6.4 Krizová intervence

Špatenková et al. (2011) uvádí, že krizová intervence je zásah či zakročení do krize klienta. Je to tedy pomoc osobám v krizi, tedy v situaci, která vede ke změně jejich běžného způsobu života a tato změna v nich vyvolává strach, ohrožení, nestabilitu a stres. Tato situace je natolik závažná, že ji nedokáže osoba řešit sama.

Cacciatore et al. (2011) uvádí, že krize se může dostavit v důsledku přírodní katastrofy, smrtelné letecké nehody nebo autonehody nebo může nastat i krize způsobená člověkem. Následkem této situace může být utrpení, bezmoc, což má na svědomí narušení rovnováhy člověka.

2.6.5 Případová konference

Matoušek et al. (2013) definuje případovou konferenci jako setkávání klienta a jeho rodiny s profesionály. Tato setkání mají za cíl řešení vzniklé klientovy situace, efektivnější plánování péče, efektivnější využití zdrojů a zapojení rodiny klienta a v neposlední řadě i zlepšování kvality života klienta.

2.6.6 Preterapie

Matoušek et al. (2013) uvádí, že preterapie slouží jako prostředek komunikace a navázání vztahu s osobami s nejtěžším postižením, kam spadá například schizofrenie, deprese, autismus či hluboké mentální postižení. Tato technika je zaměřena na člověka a jejím smyslem je připravit klienta na budoucí psychoterapii, kterou jinak není klient schopen přijmout. Základem úspěchu je navázání psychologického kontaktu, což je jakákoliv interakce mezi lidmi, ale i interakce s věcmi nebo city. Autor dále uvádí, že v preterapii je důležité umění pozorovat, na které potom navazuje reflektování klientova chování. Toto zrcadlení je možné provádět slovně i fyzicky a slouží ke klientovu uvědomění si

vlastního bytí a následnému vstupu do kontaktu s okolím, ale i se svými emocemi a se sebou samým.

3 Definice a dělení zdravotního postižení

Kodymová a Koláčková (2010) uvádí, že existuje mnoho klasifikací, které jsou ovšem neslučitelné, a to především z důvodu jejich využití. Odlišnost panuje i mezi vymezením pojmu – definice zdravotního postižení pro účely vyplácení sociálních dávek je zcela odlišná než definice zdravotního postižení ve vztahu k povinné školní docházce. I proto mnoho osob se zdravotním postižením požaduje vznik jednotné formulace pojmu zdravotní postižení, což ovšem zatím není možné, a to z důvodu řady podpůrných systémů.

Patel a Brownová (2017) uvádí, že definice zdravotního postižení má přímý vliv na přístup lékařské péče a financování různých programů veřejného a soukromého zdravotnictví a sociálních služeb.

3.1 Definice zdravotního postižení

Dle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (OSN, 2006) *osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*

Fialová et al. (2012) uvádí, že zdravotní postižení je označení pro všechny vady, poškození, defekty a anomálie. Dále pak je zdravotní postižení chápáno jako dlouhodobý a stálý stav, který lze léčbou pouze zmírnit, nikoliv odstranit.

3.2 Dělení a specifikace zdravotních postižení

Michalík et al. (2011) uvádí, že nejčastější způsob rozdělení zdravotního postižení je na základě převládajícího postižení.

3.2.1 Mentální postižení

Valenta et al. (2012) definuje mentální postižení jako poruchu vývoje. Tato porucha se vyznačuje nižší úrovní inteligenčního kvocientu, což se projevuje snížením poznávacích, řečových, motorických a sociálních schopností.

Dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, MKN-10 (2018) je mentální retardace zastavený či neúplný duševní vývoj, který postihuje všechny složky inteligence. Toto postižení se může vyskytovat osamoceně, ale i v kombinaci s jiným postižením, velmi často s tělesným postižením či s duševními poruchami.

Mentální postižení se dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (WHO, 2018) dělí na:

Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

Střední mentální retardace (IQ 35-49)

Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

Hluboká mentální retardace (IQ nanejvýš 20)

Jiná mentální retardace

Neurčená mentální retardace

Tato klasifikace je také doplněna o označení rozsahu poruch chování, které je souběžné s mentálním postižením.

3.2.2 Tělesné postižení

Michalík et al. (2011) definuje fyzické postižení jako omezení až úplná ztráta hybnosti či porucha pohybové koordinace v souvislosti s poškozením, funkční poruchou nebo vývojovou vadou pohybového a nosného aparátu, amputací či deformací některé z částí motorického systému. Tyto poruchy bývají zjevné na první pohled a následkem je trvalé snížení či ztráta možnosti pohybu.

Milichovský (2010) rozděluje zdravotní postižení na základě dvou faktorů, a to vrozené nebo získané postižení a dále pak postižení primární, kdy je postiženo přímo svalstvo anebo sekundární postižení, kdy je mobilita poškozena v důsledku vady jiného orgánu.

3.2.3 Zrakové postižení

Slowík (2016) uvádí, že osoba se zrakovým postižením určitého stupně trpí vadou zraku, kterou nelze vyřešit optickou korekcí. Tato vada způsobuje postižené osobě obtíže v běžném životě, při každodenních činnostech.

Dle Beneše a Vrubela (2017) zrakové postižení také zvyšuje riziko spojené s pohybem a orientací, což způsobuje i snížení kvality života.

Michalík et al. (2011) rozlišuje zrakové postižení ze dvou hledisek:

1. Dle hloubky (stupně) zrakového postižení:

Lehká a střední slabozrakost

Zbytky zraku

Totální slepota

2. Z hlediska využití sníženého potenciálu zraku:

Slabozrací

Se zbytky zraku

Nevidomí

S poruchou binokulárního vidění

Barvoslepí

S kombinovaným postižením

3.2.4 Sluchové postižení

Vágnerová (2012) uvádí, že sluchové postižení vede k strádání z nedostatku zvukových podnětů. Osoba se sluchovým postižením je omezena v komunikaci, v rozvoji kompetencí či v orientaci v prostoru.

Dle Grades of hearing impairment (Světová zdravotnická organizace, © 2020) se stupně sluchového postižení dělí na:

Lehké postižení sluchu (ztráta sluchu 26-40 dB)

Střední postižení sluchu (ztráta sluchu 41-60 dB)

Těžké postižení sluchu (ztráta sluchu 61-80 dB)

Velmi těžké postižení sluchu (ztráta sluchu 81 dB)

3.2.5 Řečové postižení

Neubauer (2010) uvádí, že vývojové poruchy komunikace jsou spojeny se zráním centrální nervové soustavy a rozvojem poznávacích, jazykových a pohybových schopností a vnímání. V dětském věku je proto dle autora důležité klást důraz na rozvoj všech zmíněných dovedností. V oblasti řečového postižení hraje velkou roli také období dospívání, a to především u přetrvávajícího koktání, nepřiměřeně zrychleného tempa řeči, dyslalie a obtíží v rozvoji mluvených či psaných jazykových schopností. Oproti tomu řečové poruchy u dospělých osob souvisí se zvyšováním věku a stárnutím organismu. V procesu stárnutí probíhají fyziologické změny, které mají za následek zhoršení artikulace, dýchací obtíže nebo nižší svalovou koordinaci.

Hanáková (2010) uvádí dělení řečového postižení dle příznaků, které jsou pro dané postižení nejčastější:

Vývojová nemluvnost

Získaná orgánová nemluvnost

Získaná psychogenní nemluvnost

Narušení zvuku řeči

Narušení plynulosti řeči

Narušení člankování řeči

Narušení grafické stránky řeči

Symptomatické poruchy řeči

Poruchy hlasu

Kombinované vady a poruchy řeči

3.2.6 *Kombinované postižení*

Bendová (2015) uvádí, že terminologie v oblasti kombinovaného postižení je nejednotná, využívají se pojmy jako např. kombinovaná vada, vícenásobné či mnohonásobné postižení apod. Ovšem všechna tato synonyma definují stav, ve kterém se vyskytují minimálně dvě rozdílná postižení, vady nebo jejich kombinace.

Bendová (2015) dále uvádí, že se kombinované postižení dá dělit:

1. Podle převládajících příznaků

- Osoby s mentálním postižením a dalším postižením
- Osoby hluchoslepé/slepohluché
- Osoby s poruchou chování v kombinaci s dalším postižením

2. Podle hloubky postižení

- Osoby s lehkým kombinovaným postižením
- Osoby s těžkým kombinovaným postižením

Milichovský (2010) definuje kombinované postižení jako stav, kdy je osoba současně postižena dvěma či více na sobě nezávislými typy postižení.

4 Sociální zabezpečení osob se zdravotním postižením

Kaczor (2015) definuje sociální politiku jako soubor prostředků a státních opatření, jejichž cílem je podpora osob v nepříznivé životní situaci, kterou může být nemoc, nezaměstnanost, chudoba nebo stáří. Dále by měla vést k podpoře žádoucích jevů jako je třeba mateřství a rodičovství.

4.1 Dávky důchodového pojištění

Vančurová et al. (2020) uvádí, že invalidní důchod spadá do důchodového pojištění. Do důchodového pojištění se mimo jiné řadí i starobní, sirotčí a vdovský/vdovecký důchod.

Dávky důchodového pojištění upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů stanovuje 3 stupně invalidity, které se stanovují podle poklesu pracovní schopnosti:

Invalidita prvního stupně – pracovní schopnost je snížena o 35–49 %

Invalidita druhého stupně – pracovní schopnost je snížena o 50–69 %

Invalidita třetího stupně – pracovní schopnost je snížena o více než 70 %

Dle Tröster (2010) patří mezi podmínky nároku na invalidní důchod věk pojištěnce, který musí být nižší než 65 let a dále pak musí pojištěnec získat potřebnou dobu pojištění, která se odvíjí od věku pojištěnce. Autor dále uvádí, že výše invalidního důchodu se vypočítá ze základní výměry, což činí 10 % průměrné měsíční mzdy. Z této základní výměry se dále počítají procentní výměry dle stupně invalidity:

U invalidity prvního stupně činí procentní výměra 0,5 % výpočtového základu

U invalidity druhého stupně činí procentní výměra 0,75 % výpočtového základu

U invalidity třetího stupně činí procentní výměra 1,5 % výpočtového základu

4.2 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů *upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování a průkaz osoby se zdravotním postižením.*

Osobám se zdravotním postižením se poskytují tyto dávky:

Příspěvek na mobilitu

Kaczor (2015) uvádí, že nárok na tuto dávku má osoba, která je starší než 1 rok a má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP anebo ZTP/P a dále se v kalendářním měsíci za úhradu opakovaně dopravuje či je dopravována. Další podmínkou nároku je, že osobě nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

Dle § 7 zákona č. 329/2011 Sb. v platném znění výše tohoto příspěvku činí 550 Kč.

Kaczor (2015) uvádí, že je příspěvek je vyplácen zpětně za kalendářní měsíc. Na žádost příjemce je možné dávku vyplácet vždy za 3 kalendářní měsíce.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Dle Valenty (2015) má nárok na tento příspěvek osoba s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžké sluchové či zrakové postižení, které má charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zároveň jejíž stav nevyklučuje pobírání tohoto příspěvku. Autor dále uvádí, že maximální výše příspěvku je 350 000 Kč, v případě pořízení schodišťové plošiny se maximální výše příspěvku zvyšuje na 400 000 Kč.

Konkrétní částky na jednotlivé pomůcky a spoluúčast uvádí § 10 zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Tuto problematiku opět upravuje zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění, a to § 34 až § 36 tohoto zákona.

Kaczor (2015) uvádí, že tento průkaz přislíbujee osobám se zdravotním postižením jisté benefity. Autor se odkazuje přímo na zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění, který hovoří o třech typech průkazů pro osoby se zdravotním postižením, a to:

Průkaz TP (tělesně postižený)

Dle Valenty (2015) je tento průkaz určen osobám se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace.

Na toto navazuje Kaczor (2015), který vysvětluje, že středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti je míněn stav, kdy je osoba schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, ovšem v exteriéru je schopnost pohybovat se snížena vlivem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Stejně tak je i ovlivněna schopnost orientace.

Bartoš (2010) uvádí, že mezi mimořádné výhody držitele průkazky TP patří vyhrazené místo k sezení ve veřejné dopravě, vyjma míst vázaná na místenku. Dále pak mají tyto osoby nárok na přednost při projednávání osobních záležitostí, pokud toto projednávání vyžaduje delší dobu čekání.

Pešlová (2012) uvádí, že průkaz TP náleží osobě ve prvním stupni závislosti ve vztahu k příspěvku na péči.

Průkaz ZTP (zvláště tělesně postižený)

Na tento průkaz má dle Kaczora (2015) nárok osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém stavu schopna se pohybovat v domácím prostředí a mimo něj je schopna mobility se značnými obtížemi a pouze na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace je míněn stav, kdy má tato osoba spolehlivou orientaci ve svém domácím prostředí, v exteriéru má ovšem značné obtíže.

Dle Zikla (2011) mají držitelé průkazu ZTP nárok na bezplatnou dopravu MHD a 75 % slevu na vlak a dálkové autobusy.

Pešlová (2012) uvádí, že průkaz ZTP/P náleží osobě ve druhém stupni závislosti ve vztahu k příspěvku na péči.

Průkaz ZTP/P (zvláště tělesně postižený s potřebou průvodce)

Kaczor (2015) definuje osobu s nárokem na průkaz ZTP/P jako osobu se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce. Tyto osoby se při svém dlouhodobě nepříznivém stavu pohybují v domácím prostředí pouze se značnými obtížemi nebo se nepohybují vůbec a v exteriéru nejsou schopny samostatné chůze, pohyb je možný pouze na invalidním vozíku. Tyto osoby také nejsou schopné samostatné orientace mimo své domácí prostředí.

Držitelé průkazu ZTP/P mají nárok na stejné benefity jako osoby s průkazem TP a průkazem ZTP, mimo to i na bezplatnou dopravu průvodce. Držitel, který je nevidomý, má také nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud jej zrovna nedoprovází průvodce (Zikl, 2011).

Pešlová (2012) uvádí, že průkaz ZTP/P náleží osobě ve třetím a čtvrtém stupni závislosti ve vztahu k příspěvku na péči.

4.3 Dávky sociální péče

Příspěvek na péči dle § 7 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění *se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob.*

Valenta et al. (2011) uvádí, že smyslem tohoto příspěvku je finanční podpora osobám, které jsou z důvodu nepříznivé sociální situace závislé na pomoci jiné osoby a které vyžadují zajištění potřebné pomoci především prostřednictvím sociálních služeb.

Dle Valenty (2011) může být příjemcem tohoto příspěvku oprávněná osoba, ale také její zákonný zástupce či jiná fyzická osoba, které byla neplnoletá oprávněná osoba svěřena do péče.

Kaczor (2015) se odkazuje na § 9 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, ve kterém jsou specifikovány posuzované okruhy k přiznání tohoto příspěvku. Do okruhů základních životních potřeb pro posuzování závislosti spadají:

- a) mobilita*
- b) orientace*
- c) komunikace*
- d) stravování*
- e) oblékání a obouvání*
- f) tělesná hygiena*
- g) výkon fyziologické potřeby*
- h) péče o zdraví*
- i) osobní aktivity*
- j) péče o domácnost*

Autor dále uvádí, že poslední okruh, tedy péče o domácnost, se nehodnotí u osob ve věku do 18 let.

Matoušek et al. (2011) uvádí, že závislost na pomoci druhé osoby se stanovuje ve čtyřech stupních, a to lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Tento stupeň se dle autora odvíjí od výše zmíněných posuzovaných činností.

Posuzování schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu se provádí na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb. V § 1 této vyhlášky *při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provádění úkonu.*

Výše příspěvku na péči je blíže definována v § 11 a § 12 zákona č. 108/2006 Sb v platném znění.

5 Sociální služby poskytované osobám se zdravotním postižením

Kaczor (2015) uvádí, že § 34 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění vymezuje 20 zařízení sociálních služeb. Z tohoto výčtu je patrné, že každý uživatel sociálních služeb má dostatečnou možnost si vybrat vhodné zařízení, které bude co nejvíce odpovídat jeho požadavkům, potřebám, a především sociální situaci.

Horecký a Tajanovská (2011), kteří se odkazují na zákon o sociálních službách uvádí, že se sociální služby dle tohoto zákona rozdělily na tři oblasti, a to služby sociální péče, sociální poradenství a služby sociální prevence. Autoři dále uvádí, že tento zákon také definuje formy poskytování služeb na pobytové, ambulantní a terénní.

5.1 Služby sociální péče

§ 38 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění definuje, že *služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*

5.1.1 Osobní asistence

Uzlová (2010) uvádí, že osobní asistence je soubor služeb, které mají za cíl pomoci klientovi zvládat ty činnosti, které by zvládal sám, kdyby mohl. Dle autorky má tato služba zabezpečovat základní životní potřeby, a to společenské i biologické. Mezi konkrétní činnosti se řadí například pomoc při stravování, pomoc při osobní hygieně, doprovod na úřady nebo k lékaři nebo třeba podpora při vzdělávání a při kulturních či sportovních činnostech.

Dle Vítka (2010) je osobní asistence terénní sociální služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností, a to z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a které vyžadují asistenci a pomoc jiné osoby.

5.1.2 Pečovateľská služba

Mlýnková (2010) uvádí, že pečovatelská služba je buďto soukromá anebo státní sociální služba, která je prováděna ambulantně terénně. Uživateli služeb jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost a sníženou schopnost péče o domácnost i o sebe.

Dle Matouška (2011) je pečovatelská služba nejrozšířenější nepobytovou sociální službou v České republice, která je poskytována seniorům anebo osobám se zdravotním postižením. Mezi činnostmi, se kterými pečovatelská služba svým klientům pomáhá, patří například pomoc s hygienou, doprovod, příprava jídla, praní prádla anebo třeba úprava vlasů, manikúra a pedikúra a další.

5.1.3 Odlehčovací služba

Pikola (2010) uvádí, že jde o ambulantní nebo pobytovou sociální službu, která je poskytována seniorům nebo osobám se zdravotním postižením. Autor dále definuje, že smyslem služby je dopřát potřebný a nezbytný odpočinek pečující osobě. Služba tedy zastupuje jinak pečující osobu v oblasti hygieny, přípravy či poskytnutí stravy, zprostředkovávání kontaktu s okolím a společenským prostředím a dalších úkonech péče o vlastní osobu.

S předchozím souhlasí i Malíková (2011), která dále uvádí, že tato služba poskytuje různorodé kombinace činností. Cílem je poskytnout pečujícím osobám prostor pro odpočinek. Služba tedy na předem dohodnutou dobu převeze péči o člověka se sníženou soběstačností.

5.1.4 Centrum denních služeb

V centru denních služeb jsou dle Pikoly (2010) poskytovány služby ambulantně. Jejich cílem je posilovat soběstačnost a samostatnost seniorů a osob se zdravotním postižením, jejichž nepříznivá sociální situace může vést až k sociální exkluzi. Služba dále poskytuje pomoc při hygieně, pomoc při zajištění nebo poskytnutí stravy, vzdělávací činnosti a mnoho dalších.

Malíková (2011) uvádí, že mimo jiné nabízí centra denních služeb i sociálně-terapeutické činnosti.

5.1.5 *Denní stacionář*

Dle Valenty (2015) je denní stacionář ambulanti sociální službou, jejíž cílem je pomáhat při sebeobsluze, zajišťovat vzdělávací, výchovné a sociálně-terapeutické aktivity. Autor dále uvádí, že služba je poskytována osobám se zdravotním postižením, s chronickým duševním postižením a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost.

5.1.6 *Týdenní stacionář*

Malíková (2011) definuje týdenní stacionář jako pobytovou službu, která je určena osobám se sníženou soběstačností vyžadující pomoc jiné osoby. Služba mimo jiné poskytuje i aktivizační a sociálně-terapeutickou činnost. Provoz týdenního stacionáře bývá od pondělí do pátku a je zde zajištěna řada komplexních služeb.

5.1.7 *Domov pro osoby se zdravotním postižením*

Kaczor (2015) uvádí, že domov pro osoby se zdravotním postižením je pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností a samostatností z důvodu ZP a jejichž stav vyžaduje pomoc jiné osoby. Dle autora je v domovech pro osoby se zdravotním postižením dále poskytována strava, pomoc s hygienou a péčí o vlastní osobu, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování oprávněných zájmů a práv a jiné.

Bendová (2011) uvádí, že většina těchto domovů je určena především lidem s mentálním postižením, především se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením.

5.1.8 *Domov se zvláštním režimem*

Malíková (2011) definuje, že se jedná o celoroční pobytovou službu, která se v mnohém podobá domovu pro osoby se zdravotním postižením nebo domovu pro seniory. Tato služba se však odlišuje specifickými podmínkami, které zohledňují zvláštní potřeby klientů, mezi které patří osoby s duševními nemocemi a osoby se závislostmi na návykových látkách.

5.1.9 Chráněné bydlení

Pikola (2010) uvádí, chráněné bydlení je pobytová služba dlouhodobého charakteru, která je určena osobám se ZP. Klienti využívající tuto službu vyžadují pomoc jiné osoby, a to z důvodu jejich situace a zdravotního stavu. Autor dále definuje, že tato služba má formu skupinového, ale i individuálního bydlení. Klient má dále nárok, dle svých potřeb, na pomoc a podporu osobního asistenta. Služba dále zajišťuje stravu, aktivizační, výchovnou a vzdělávací činnost, pomoc s chodem domácnosti a jiné.

5.2 Služby sociální prevence

Dle § 53 zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění tyto služby *napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*

5.2.1 Sociálně-terapeutické dílny

Matoušek (2011) uvádí, že tato služba je určena klientům, kteří nemají možnost se uplatnit na otevřeném trhu práce. Cílem sociálně-terapeutických dílen je podpořit u klientů pracovní návyky a rozvíjet jejich pracovní dovednosti, ale zároveň do této služby spadá i pomoc při hygieně a stravování.

5.2.2 Sociální rehabilitace

Pikola (2010) definuje sociální rehabilitaci jako souhrn činností, které se zaměřují na nácvik všech potřebných dovedností a činností, které jsou nezbytné pro samostatnost a soběstačnost osoby se ZP, a to v té nejvyšší možné míře vzhledem ke zdravotnímu stavu, typu postižení a dlouhodobě nepříznivému stavu. Služba se dále snaží o nalezení vyhovujícího pracovního uplatnění.

6 Cíl práce a výzkumné otázky

6.1 Cíle

Prvním cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zmapování života klientů se zdravotním postižením ve vybraném zařízení.

Druhým cílem bylo zjistit, jak je realizována sociální práce s klienty se zdravotním postižením (ve stejném zařízení pro klienty se zdravotním postižením).

6.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaký mají klienti v centru sociálních služeb denní program?

VO2: Jaký mají klienti vztah ke svému okolí (zařízení, ostatní klienti, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách)?

VO3: V čem vidí pracovníci pozitiva a negativa ve své práci s klienty se zdravotním postižením?

7 Metodika

Pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumnou strategií s použitím techniky rozhovoru, neboť je vhodný pro získání co nejpřesnějšího obrazu o tom, jak probíhá sociální práce s klienty se zdravotním postižením.

Při sběru dat byl uplatněn rozhovor podle návodu. Hendl (2016) uvádí, že principem tohoto rozhovoru je právě zmiňovaný návod, což je vlastně struktura. Je zde vyčten seznam témat a otázek, které by v daném rozhovoru měly zaznít. Poté je již jedno, v jakém pořadí tato témata zazní nebo jak budou konkrétní otázky formulovány.

Rozhovory probíhaly s klienty a s pracovníky jednoho vybraného zařízení sociálních služeb, konkrétně domova pro osoby s mentálním postižením. Pozornost v rámci výzkumu byla zaměřena pouze na jednu domácnost, neboť na každé domácnosti práce s klienty probíhá jiným způsobem – odvíjí se především od potřeb klientů, které korelují s typem a stupněm zdravotního postižení.

Struktura rozhovorů s pracovníky a klienty je uvedena v příloze 1 a 2.

7.1 *Charakteristika výzkumného souboru*

Ve výzkumné části byla použita metoda účelového výběru, což je dle Miovskeho (2006) nejčastější metoda výběru výzkumného souboru. Informanti jsou vybíráni na základě určitých vlastností, charakteristik či stavu.

Výzkumný soubor je rozdělen do dvou skupin:

Do první skupiny patří klienti vybraného zařízení. Z celkového počtu 11 klientů byli vyselektováni vhodní informanti dle těchto požadavků:

- pobyt v zařízení je dlouhodobý, tedy delší než jeden rok
- klienti žijí na stejné domácnosti vybraného zařízení
- typ a závažnost zdravotního postižení umožňuje provedení rozhovoru

Tato selekce snížila počet 11 potencionálních informantů na 7 klientů, kteří byli osloveni a pouze 5 klientů s rozhovory souhlasilo.

Druhou skupinu tvoří pracovníci stejného zařízení, kteří mají minimálně roční praxi v daném zařízení a vykonávají svou práci na stejné domácnosti, z níž jsou i klienti. V rámci rozhovoru bylo osloveno všech 7 pracovníků v sociálních službách, které na vybrané domácnosti pracují. Z tohoto počtu souhlasily 3 pracovníce. Dále byla oslovena vedoucí domácnosti a sociální pracovníce, které s rozhovorem též souhlasily.

7.2 Časový harmonogram sběru dat

Data byla sbírána v předem domluvených termínech, a to od května 2020 do března 2021. Rozhovory probíhaly přímo ve vybraném zařízení sociálních služeb.

7.3 Vyhodnocení dat

Data sebraná v rozhovorech byla zpracována v programu Atlas.ti 9. Rozhovory byly zpracovány otevřeným kódováním. Tam, kde to data umožnila, bylo kódování rozšířené i na axiální.

8 Etika

Hendl (2016) uvádí, že otázky etiky mají ve výzkumu velice důležité postavení. Všeobecně platí, že výzkum má jistá doporučená pravidla a standardy, jako třeba získat poučený souhlas, nezatajovat účastníkům výsledky výzkumu nebo třeba svoboda odmítnutí a odstoupení od výzkumu.

8.1 Ochrana soukromí a osobních údajů

Výzkum probíhal v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES.

V rámci zachování anonymity jsou informanti – klienti označeni K1 až K5 a informanti – pracovníci jsou označeni P1 – P5. V odpovědích, kde se vyskytovalo jméno klienta nebo pracovníka bylo pro zachování anonymity ponecháno pouze počáteční písmeno jména.

8.2 Informovaný souhlas

Rozhovory probíhaly i s klienty, kteří byli zbaveni svéprávnosti. Proto v této věci byli kontaktováni opatrovníci jednotlivých klientů, kteří byli požádáni o vyjádření souhlasu s využitím dat získaných v rozhovoru. Ve spolupráci s vybraným zařízením byl vytvořen formulář, který byl poté předložen opatrovníkům k podpisu.

Od pracovníků a svéprávných klientů postačil konkludentní souhlas, který Černín (2016) definuje jako souhlas mlčky, tedy například kývnutí hlavou nebo pouhé neprojevení protestu či odmítnutí.

8.3 Audiozáznam

Všechny informanti byli požádáni o souhlas s nahráváním rozhovorů na diktafon. Všichni informanti s nahráváním rozhovoru souhlasili. Audiozáznamy byly po provedení rozhovoru z důvodu zachování anonymity zničeny.

9 Výsledky

Tato kapitola je zaměřena na prezentaci výsledků výzkumu.

Výzkum byl zaměřen na život klientů ve vybraném zařízení, ale také na výkon práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Kategorie života klientů je zaměřena především na tyto oblasti:

- Denní program
- Péče o klienty
- Prostředí

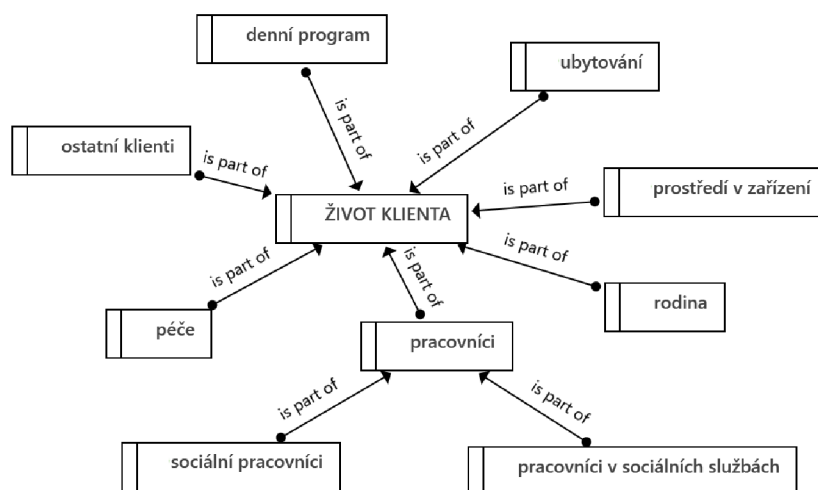
V oblasti práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách mi vyplynuly tyto sféry:

- Činnost sociálního pracovníka
- Činnost pracovníka v sociálních službách
- Pozitiva a negativa práce
- Vlastnosti a dovednosti pracovníků

9.1 *Mapa života klientů v zařízení*

Mým cílem bylo zmapovat život klientů ve vybraném zařízení sociálních služeb. Z rozhovorů vyplynulo, že život klientů tvoří 7 klíčových oblastí – viz. obrázek č. 1. Mezi tyto oblasti patří:

- denní program
- pracovníci
- ostatní klienti
- rodina
- ubytování
- prostředí
- péče



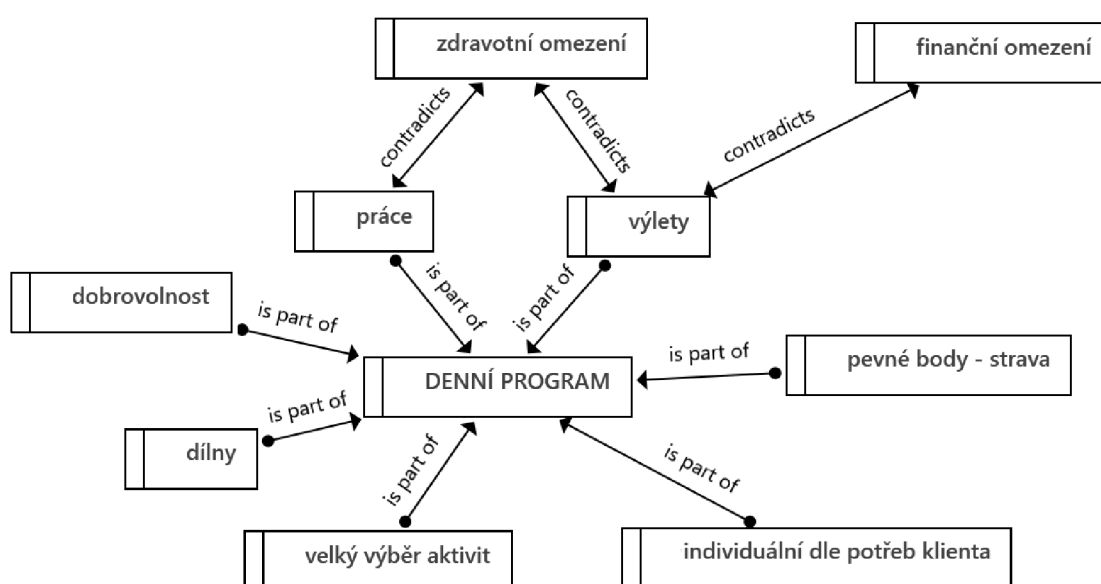
Obrázek 1: Mapa života klientů v zařízení

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Z rozhovorů s pracovníky a klienty vyplynuly tyto kategorie, které tvoří životy klientů ve vybraném zařízení. Z rozhovorů s pracovníky dále vyplývá, že i tato pomyslná mapa života klientů je na různých domácnostech jiná, a to v závislosti na potřebách a možnostech klienta, na rodinném zázemí a vztazích v zařízení:

Třeba někteří klienti už ani nemají žádný příbuzný anebo o ně jejich rodiny nejeví moc zájem, takže třeba u nich rodina nehraje žádnou roli. Stejně tak některý klienti zas nevyhledávají společnost jiných klientů a spíš si dělají svoje věci u sebe na pokoji (P2).

9.1.1 Denní program



Obrázek 2: Denní program

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Z rozhovorů vyplývá, že denní program se skládá z několika částí. U každého z klientů je denní program velice individuální, odvíjí se od přání a potřeb klientů, ale také například od zdravotního stavu.

Z rozhovorů je dále zřejmé, že klienti mají dané pevné body, od kterých se dále odvíjí další aktivity. Těmito body je podávání stravy – snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře.

A jinak ráno si vyčistím zuby, nasnídám se a jedu ven na zahradu nebo se dívám na televizi. Pak je oběd. Po obědě jedu zase ven. Večer se najím a vykoupu (K1).

Ráno vstanu, obléknu se a vyčistím si zuby. Pak je snídaně. V deset je svačina. To chodíme ven, když je hezky. Pak je oběd. Po obědě odpoledne je taky svačina. ... Večer je večeře (K2).

Společný mají vlastně jen čas jídla. Snídaně je v 8 hodin, svačina v 10, oběd před 12, druhá svačina ve 3 a večeře kolem půl 6 (P4).

Dle pracovníků ovšem nastanou případy, kdy se tyto pevné body nemusí nebo nemohou dodržet, a to především z důvodu návštěvy lékaře. Případně se také může klient najíst dříve či později, pokud například jde do dílen anebo na úřad.

No, tak každé den je stejné v tom, že jsou přesné časy, kdy je snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. To se samozřejmě někdy nemusí dodržovat, třeba když jde klient k lékaři anebo do dílen a tak (P3).

Informanti v rozhovorech dále uvedli, že klienti mají možnost docházet do práce. Tato aktivita je ovšem limitována zdravotním stavem klienta, takže ne všichni klienti tuto možnost mají. A také ne všichni klienti mají o tuto aktivitu zájem.

V tejdnu chodím s bráchou P. a pak ještě s D. z jiný domácnosti do práce. Jezdíme do zahradního centra trhat trávu nebo taky k T. na farmu mu tam s něčím pomáhat. On tam má ovce a psa a koně (K3).

Klienti tu chodí pracovat třeba do zahradního centra, na farmu nebo do lesa. Samozřejmě mají pracovní smlouvu a musí jim to bejt schválený od lékaře (P3).

Klienti také mají možnost jezdit s asistenty na výlety. Účast na výletech je dobrovolná. Ovšem i v této aktivitě mají klienti jistá omezení, a to zdravotní a finanční.

Rád taky jezdím na výlety. Zrovna včera jsme byli na farmě. Byli tam koníci a psi (K2).

Taky jezdíme na výlety. Byli jsme v Táboře, v Třeboni, v Jihlavě a v Jindřiši (K4).

Například klienti na invalidním vozíku jsou omezeni svým zdravotním stavem. Jezdí se s nimi tedy na výlety autem a spíše po blízkém okolí zařízení. S mobilními klienty se pak jezdí na delší výlety, a to i autobusem nebo vlakem.

Z rozhovoru s pracovníky také vyplývá, že klienti mají v zařízení své finanční účty, ze kterých si výlety financují. K využití těchto peněz je ovšem zapotřebí souhlas opatrovníků, pokud je klient nesvéprávný. Opatrovníci ovšem mají možnost platbu výletu odmítnout. Dle pracovníků může být jedním z důvodů i vlastní finanční obohacení po smrti klienta.

Dalším omezením, zejména tedy ze strany pracovníků, je počet asistentů, kteří jsou daný den ve službě. Aby se mohl výlet realizovat, je potřeba mít ve službě větší počet asistentů, tedy pracovníků v sociálních službách, neboť jeden až dva pracovníci musí vždy zůstat na domácnosti.

Potom se taky odpoledne jezdí na výlety, ale vždycky to záleží podle počtu zaměstnanců, co má zrovna službu (P2).

Další volnočasovou aktivitou, která vyplývá z rozhovorů jsou sociálně-terapeutické dílny. Dle pracovníků jsou v dílnách klientům nabízeny nejrůznější činnosti – keramika, šití, ruční práce, vaření hraní stolních her, zpívání anebo třeba promítání filmů. I tato aktivita je zcela dobrovolná.

Taky chodím do dílen, někdy mi zavolají a někdy se mě zeptají a napíšíou mě tam. Docela mě to tam baví, ale nemám rád keramiku, protože na to nejsem šikovnej (P5).

Aktivity v dílnách se také odvíjí od sezónnosti. Klienti si v dílnách vyrábí různé dekorace na vyzdobení pokojů a společných prostor. Pracovníci dále uvádí, že klienti mají rádi aktivity spojené s přípravou jídla.

Taky nesmím zapomenout na jednu aktivitu, a to je vaření. Hrozně rádi vaří, rádi se podílejí na tom, co je spojené s tímhle prožitkem, jakože můžu něco ochutnat (P2).

Z výše vyjmenovaných činností je patrné, že klienti mají na výběr velké množství aktivit. Pracovníci dále uvedli, že mezi další aktivity patří například canisterapie, návštěva města a služeb, jako je kadeřnice, pedikérka, manikérka, kino, veřejný bazén, dále pak klienti s asistenty navštěvují cukrárny, kavárny a restaurace.

Pracovníci dále uvádí, že se snaží zajistit co nejvíce aktivit, které nabízí okolí zařízení:

Takhle, úplně primárně bychom to měli mít zaměřený vně našeho zařízení. Takže aby klienti chodili ven a využívali aktivity, které nabízí okolní svět (P5).

Taky jsem rád, když mě někdo vezme na kafe a na zákusek. Mam rád třeba dorty. Taky mě baví chodit nakupovat (K2).

V zařízení se při tvorbě denního programu klade velký důraz na dobrovolnost a individualitu, každý klient má právo odmítnout všechny aktivity včetně stravy. Dále má

každý klient právo sdělit asistentům svoji představu a přání nějaké aktivity a pracovníci se tato přání snaží v rámci finančních možností klienta a možností zařízení plnit.

Je to docela jednoduše proces – pracovníci klientům nabízí aktivity, klienti si z nich vybírají nebo je odmítají. Základem je myšlenka, že klienti mají svá přání a my je respektujeme (P1).

Na domácnosti jsou také klienti, kteří z důvodu mentálního postižení nejsou schopni svá přání sdělit, takže volba aktivit závisí především na pozorování pracovníků:

A jsou tu i klienti, kteří se k tomu nedokážou vyjádřit, takže je to na bázi dlouhodobějšího pozorování asistentů, kteří pak vytipují, jestli je ta aktivita vhodná nebo ne (P3).

Z rozhovorů s pracovníky a klienty také vyplývá, že denní program přes týden a o víkendu se příliš neliší. Jediným rozdílem je, že víkendy jsou poněkud klidnější, neboť není nabízeno takové množství aktivit. Klientům se věnují asistenti spíše v rámci zařízení, neboť je počet pracovníků omezen – o víkendu slouží pouze dva pracovníci.

Ale samozřejmě o víkendu je ten režim o něco volnější, protože nejsou dílny. Často se s klienty třeba vaří nebo tak. Ono je to taky i tím, že o víkendu je tu méně personálu (P1).

Jinak platí, že víkendy jsou volnější. Někteří klienti jezdí domů, takže je tu i nižší počet jak klientů, tak i pracovníků (P4).

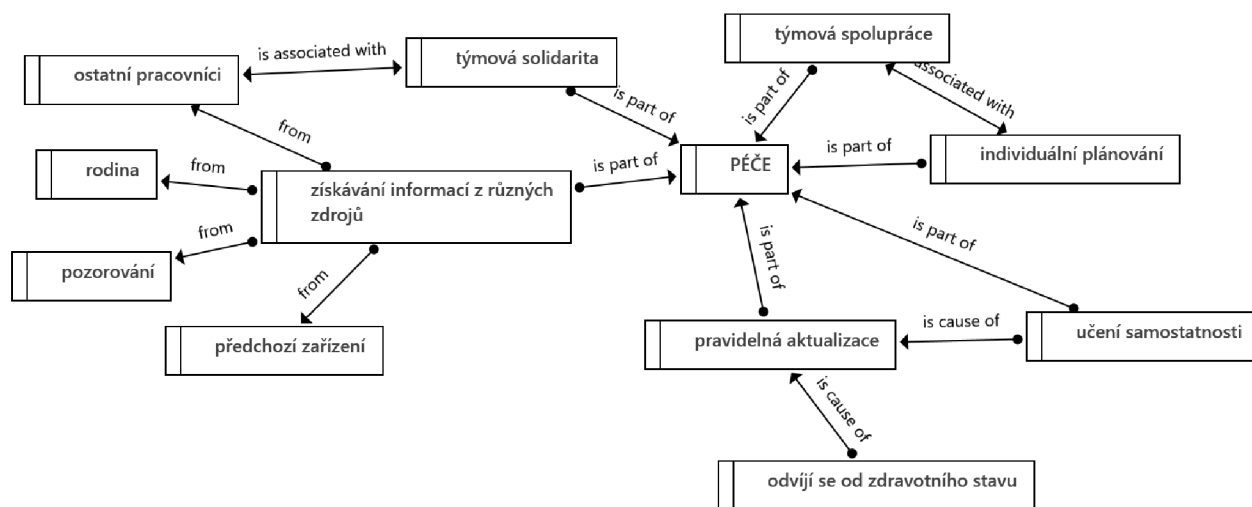
Nicméně pracovníci upozorňují i na to, že ne všichni klienti dokáží odlišit, kdy jsou všední dny a kdy je víkend, neboť náplň dne v pracovním týdnu i o víkendu jsou si velmi podobné.

Zařízení také klientům nabízí nepravidelné kulturní akce, jako třeba taneční zábavy, koncerty, grilování anebo třeba zabíjačku.

Taky se jim tu několikrát do roka pořádaly taneční zábavy, kdy si mohou zazpívat, ale je to samozřejmě spojené právě i s tím pohoštěním. Taky se jim tu dělaly vepřové hody, takže si klienti dělali svoji vlastní zabíjačku (P2).

V rámci první výzkumné otázky z rozhovorů s pracovníky a klienty tedy vyplývá, že denní program se skládá z mnoha různých aktivit. V denním programu se nachází pevné body, které jsou stejné pro všechny klienty. Těmito body je strava – snídaně, svačina, oběd, svačina a večeře. Poté se denní program klientů odvíjí od jejich potřeb a přání, ale i zdravotních či finančních omezení. Velké množství aktivit zajišťují pracovníci v sociálních službách. Zařízení se snaží především o využívání služeb, které nabízí okolí zařízení, což vede k zapojování klientů do běžného života.

9.1.2 Práce s klienty



Obrázek 3: Práce s klienty

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Do práce s klienty pracovníci řadí individuální plánování, což definují jako spolupráci celého týmu pracovníků. Nejvíce se na něm podílí klíčoví pracovníci, kteří utvoří dohodu s klientem. Dále se na plánu může podílet i rodina anebo sociální pracovník, ve výjimečných případech i zdravotní sestry. Pracovníci se také snaží pro klienta vytvořit příjemné prostředí, ve kterém by se klient cítil dobře.

No, ty plány jsou vlastně dohody mezi klíčovým pracovníkem a klientem, ale zapojuje se do toho celý tým. V těch plánech se vlastně vychází z přání a potřeb klienta (P2).

V zařízení se pracuje se dvěma druhy individuálních plánů, a to s dlouhodobými a krátkodobými plány:

My tu máme dlouhodobé plány a krátkodobé plány. Ty dlouhodobé jsou spíš pro klienty, kteří nechtějí nic měnit a jde o nějaký udržení stávajícího stavu. A ty krátkodobé jsou o naučení se nové aktivity, jako třeba ovládání televize. Většinou je tam lhůta do jednoho roku a pak se ta práce hodnotí (P2).

Dlouhodobé plány si volí především klienti s vyšším věkem a cílem těchto plánů je například udržení dobrého zdravotního stavu a udržení již naučených dovedností.

Z rozhovorů dále vyplývá, že za klienty, kteří se vzhledem ke zdravotnímu stavu nemohou vyjádřit, rozhodují pracovníci na základě pozorování:

U klienta, který nemluví by se měli o to víc podílet zaměstnanci, kteří na základě pozorování se domnívají, že to bude ta nejlepší cesta pro toho konkrétního klienta (P1).

Na individuální plánování navazuje i další činnost, a to učení samostatnosti klientů. Pracovníci se snaží o aktivizaci klientů, snaží se je naučit běžné denní aktivity, jako je péče o sebe samého, péče o domácnost, úklid, převlékání postelí a tak dále.

Pracovníci musí umět vypořádat, kde klient potřebuje fyzickou pomoc a kde potřebuje pouze slovní podporu.

Takže bychom se měli snažit člověka aktivizovat a být trpělivý, aby si klient spoustu věcí dokázal udělat sám a podle sebe a například ho jen slovně podporovat a tam, kde tohle nefunguje nastupuje ta péče (P2).

Pracovníci také poukazují na to, že většina klientů přichází do zařízení z domova, kde neměl možnost se zapojit do běžného chodu domácnosti. Naopak byl tento klient přepečován:

Ono je to taky těžký v tom, že většinou klienti k nám přichází z domova, z rodinných přirozených podmínek. Takže ten klient byl opečován a nedělal to, co by normálně zvládal a my se ho to tu snažíme naučit (P4).

Samozřejmě se taky může stát, že klient je ve skutečnosti mnohem schopnější, než co o něm vypověděla rodina, takže zase je to dost ve formě pokus-omyl (P1).

Pracovnice také uvedli, že se klienty snaží naučit i pracovat se svými financemi:

Potom odpoledne mohou klienti realizovat nějaký nákupy. Máme tu na to systém, že by měli vědět, že za určitý předměty a potraviny se platí, takže aby viděli celý ten proces. Klienti tu mají uložené peníze. Tady jedna pracovnice tu klientům vydávají zálohy a klient se učí hodnotu podle toho, jestli je to mince nebo bankovka a dále podle barev a obrázkům. Klient si pak nakupuje, i když neumí číst, podle vzhledu zboží – může si vybrat co má rád a co mu chutná (P2).

Součástí poskytované péče je i pravidelná aktualizace. Tato aktualizace je potřeba, neboť klienti se stále učí novým činnostem a také se mění se jejich zdravotní stav, který má na konkrétní práci s klientem také vliv.

Učíme klienty nové činnosti a snažíme se, aby byly co nejlépe soběstační. Takže pravidelně dochází k aktualizaci toho portfolia (P5).

Když se klient něco nového naučí, tak se při té činnosti probíhá už jen slovní asistence a naopak, když se třeba zhorší jeho zdravotní stav nebo se mu naskytne úraz, tak se naopak ta péče rozšíří, ale třeba jen dočasně (P3).

I v péči o klienty funguje týmová spolupráce a dohoda mezi pracovníky. Celý tým se musí shodnout na postupech, které budou dodržovat a mít stejný přístup ke klientům. Také se pracovníci mezi sebou musí informovat o všech nových skutečnostech, jako třeba o změně zdravotního stavu nebo o nově naučené dovednosti.

V týchle práci je důležitý pracovat podle domluvených postupů a předpisů tak, abyste se v týmu shodli a pracovali všichni úplně stejně. Aby jeden pracovník ke klientům nepřistupoval úplně jinak než druhý pracovník. To je v týchle práci určitě důležitý (P1).

Dále také celý tým spolupracuje na tvorbě a plnění individuálních plánů klientů.

Týmová solidarita úzce souvisí s informovaností celého týmu. Pracovníci jsou povinni nezatajovat žádné informace, naopak musí své kolegy informovat o všech změnách u klientů. Předávání informací však musí probíhat taktně a v soukromí, nikoliv před ostatními klienty.

Pracovníci musí získávat informace z různých zdrojů, aby mohli správně zvolit způsob a rozsah poskytované péče. Tyto informace získávají od rodiny, ostatních pracovníků v sociálních službách, od sociálních pracovníků, případně i od pracovníků z jiné domácnosti, pokud došlo k přestěhování klienta, anebo z předchozí zařízení sociálních služeb. V neposlední řadě pracovníci získávají informace i pozorováním, především u klientů, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu postižení nejsou schopni komunikace.

V tomhle směru je potřeba komunikovat s klientem, ale i s jeho rodinou a případně i předchozím zařízením sociálních služeb (P1).

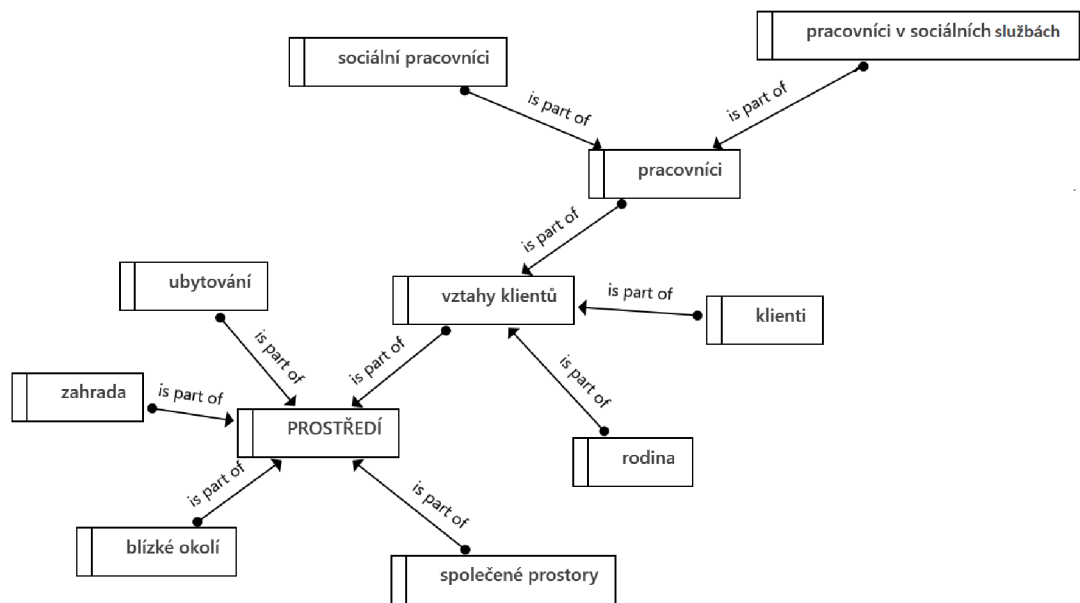
To se zjišťuje buď od něj anebo od rodiny a taky nějakým dlouhodobým pozorováním, hlavně třeba teda u klientů, který nejsou schopni komunikovat (P3).

No, zjišťujeme informace od klienta, rodiny, lékařů, případně nějakého předchozího zařízení a zároveň pozorujeme, co klient zvládá a s čím naopak potřebuje pomoci (P5).

Z rozhovorů je zřejmé, že celá služba je zaměřena především na potřeby klienta a snaží se k jednotlivým klientům přistupovat individuálně:

Tak, samozřejmě ta služba by měla být ušita na míru toho konkrétního klienta a všechno se to odvíjí od jeho individuálních potřeb. Ta služba obecně by měla být zaměřena a ušita klientovi na míru a měla by nastoupit tam, kde člověk z určitých důvodů ty činnosti nezvládá (P2).

9.1.3 Prostředí



Obrázek 4: Prostředí

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Další nedílnou součástí života klientů tvoří zázemí a prostředí, které jim vybrané zařízení sociálních služeb poskytuje.

Z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že klienti jsou ubytováni na jednolůžkových či dvojlůžkových pokojích. Každý klient má v pokoji svoji postel, šatní skříň, noční stolek a stůl se židlí. Většina pokojů je rozmístěna do buněk. Jedna buňka disponuje jedním nebo dvěma pokoji, toaletou a některá buňka má i vlastní koupelnu. Pro klienty, kteří v buňce koupelnu nemají, je zpřístupněna koupelna s vchodem z hlavní chodby.

Pracovníci dále uvedli, jak již bylo zmíněno, že klienti mají možnost si své pokoje dovybavit dekoracemi z dílen anebo předměty, které si zakoupí:

Pokoje se jim myslím taky líbí. Mají možnost si je podle svých finančních možností dovybavit podle sebe (P4).

Z rozhovorů s klienty vyplývá, že jsou s ubytováním spokojeni.

Mám pěkněj pokoj. Je akorát, ani moc velkej ani moc malej (K2).

Pokoj se mi líbí. Je dost velkej. Taky máme vlastní koupelnu s velikou sprchou. Máme dohromady 2 pokoje a jeden máme jako obývánk. J. mamka nám tam koupila velikou televizi, takže se tam spolu můžeme dívat (K3).

Pracovníci se snaží klientům vycházet vstříc, neboť některým klientům více vyhovuje spolubydlící a některý z klientů je raději na pokoji sám:

Jsem rád, že jsem na pokoji sám. Jsem sám už od začátku. Je to lepší, když mám tu televizi od mamky (K1).

Mám spolubydlícího H. Nevadí mi mít spolubydlícího. Jsem s ním od začátku, co jsem přišel. Když je H. o víkendech nebo přes týden doma, jsem na pokoji sám (K2).

A protože někdy jsem vzhůru i přes půlnoc, tak je dobrý, že nemám spolubydlícího, protože bych ho tím asi rušil (K5).

I přesto si pracovníci myslí, že by pro klienty bylo lepší, kdyby měl každý vlastní pokoj, a to především z důvodu většího soukromí.

Asi nejoblíbenějším prostorem v zařízení je zahrada, kde mají klienti možnost procházek, pěstování ovoce a zeleniny, cvičení na posilovacích strojích či houpání na houpačkách. Zahrada také disponuje několika altánky a zapuštěným bazénem, kde se klienti mohou po domluvě s asistenty koupat.

Je tady moc hezká a velká zahrada. Chodím tam každé pro trávu, no, pro králíčka. Člověk ty zvířátka musí krmit, že jo (K4).

Chtěl bych chodit do lesa, ale to na vozíku nejde. Nejvíce se mi tady líbí být venku. Takže tady mám nejvíce rád zahradu, kde trávím asi nejvíce času (K1).

A jelikož je zahrada u klientů oblíbená, tak v létě pracovníci připraví dopolední i odpolední svačiny a pokud mají klienti zájem, mohou se nasvačit v zahradě.

Klienti mají kladný vztah i k městu, ve kterém zařízení funguje. Velmi rádi navštěvují služby, které jsou ve městě přístupné, navštěvují restaurace a kavárny, chodí nakupovat anebo jen na procházky. Pracovnice dále uvádí, že i v tomto směru se snaží učit klienty samostatnosti, takže pokud to zdravotní stav klienta umožní, mohou absolvovat tzv. výukové cesty a poté mohou chodit ven do města i bez asistenta.

Klienti na domácnosti mají společné prostory, kde mohou trávit svůj volný čas společně. Mají k dispozici obývací pokoj s televizí, který je spojen s jídelnou a malou kuchyňkou. Dále pak mají možnost sedět u stolečků či v křeslech na chodbě anebo na balkoně.

Klienti, kteří navštěvují sociálně-terapeutické dílny, vyrábí sezónní dekorace, kterými si pak mohou klienti zdobit nejen pokoje, ale právě i společné prostory.

Nejvíc mě baví luštit křížovky, zalejvat kytky a pomáhat s výzdobou (K5).

Z rozhovorů vyplynulo, že klienti mají tři roviny vztahů, a to vztahy s ostatními klienty, vztahy s rodinou a vztahy s pracovníky.

Na mnou vybrané domácnosti panují podle pracovníků vcelku přátelské vztahy mezi klienty, nedochází často ke konfliktům a klienti se vzájemně tolerují. To potvrzují i klienti:

S ostatníma klientama mam dobrý vztahy. Nejradši mám H., se kterým jsem na pokoji. To je můj nejlepší kamarád tady. Jinak z klientů není nikdo, koho bych neměl rád (K2).

Mám rád ty, co se mnou choděj do tý práce. Pak tu mám taky tu J. a bráchu. Mám tu kamarády, takže je to tu dobrý. Nikdo tu na mě není zlej (K3).

Jeden z informantů uvádí, že špatné vztahy má spíše s klienty z ostatních domácností:

No, když vidím nějakýho klienta, tak se mu snažím zalichotit a bavit se s ním. No, a ze všech tady asi nemám rád jedině odvedle pana Š., toho moc rád nemam, no. No a paní P., ta je taky odvedle, tak ta je docela protivná (K5).

Pracovníci ještě uvedli, že vztahy mezi klienty se také velmi odvíjí od jejich momentální nálady.

Vztahy s rodinou udržuje menší počet klientů, neboť na této domácnosti jsou klienti spíše vyššího věku, kteří již příbuzné nemají anebo za nimi příbuzní na návštěvy nejezdí.

Nic mi tady nechybí, no a ani se mi po ničem nestýská, protože maminka ani tatínek už nejsou (K2).

Ovšem i na této domácnosti jsou klienti, kteří návštěvy mají, případně i jezdí za rodinami na víkendy či na svátky domů.

Po rodině se mi taky moc nestýská, protože když mají čas, tak za mnou přijedou na návštěvu (K4).

Pracovníci uvádí, že klienti nevnímají rozdíl mezi pracovníkem v sociálních službách a sociálním pracovníkem:

V každém případě naši klienti asi úplně nerozlišují funkce „sociální pracovník“ a „pracovník v sociálních službách“ (P1).

I z tohoto důvodu se většina klientů obrací s žádostí o pomoc na pracovníky v sociálních službách, ke kterým mají důvěru.

Mám je rád, věřím jim. Většinou se právě obracím na asistentky D., která mě má na starost a na M. (K2).

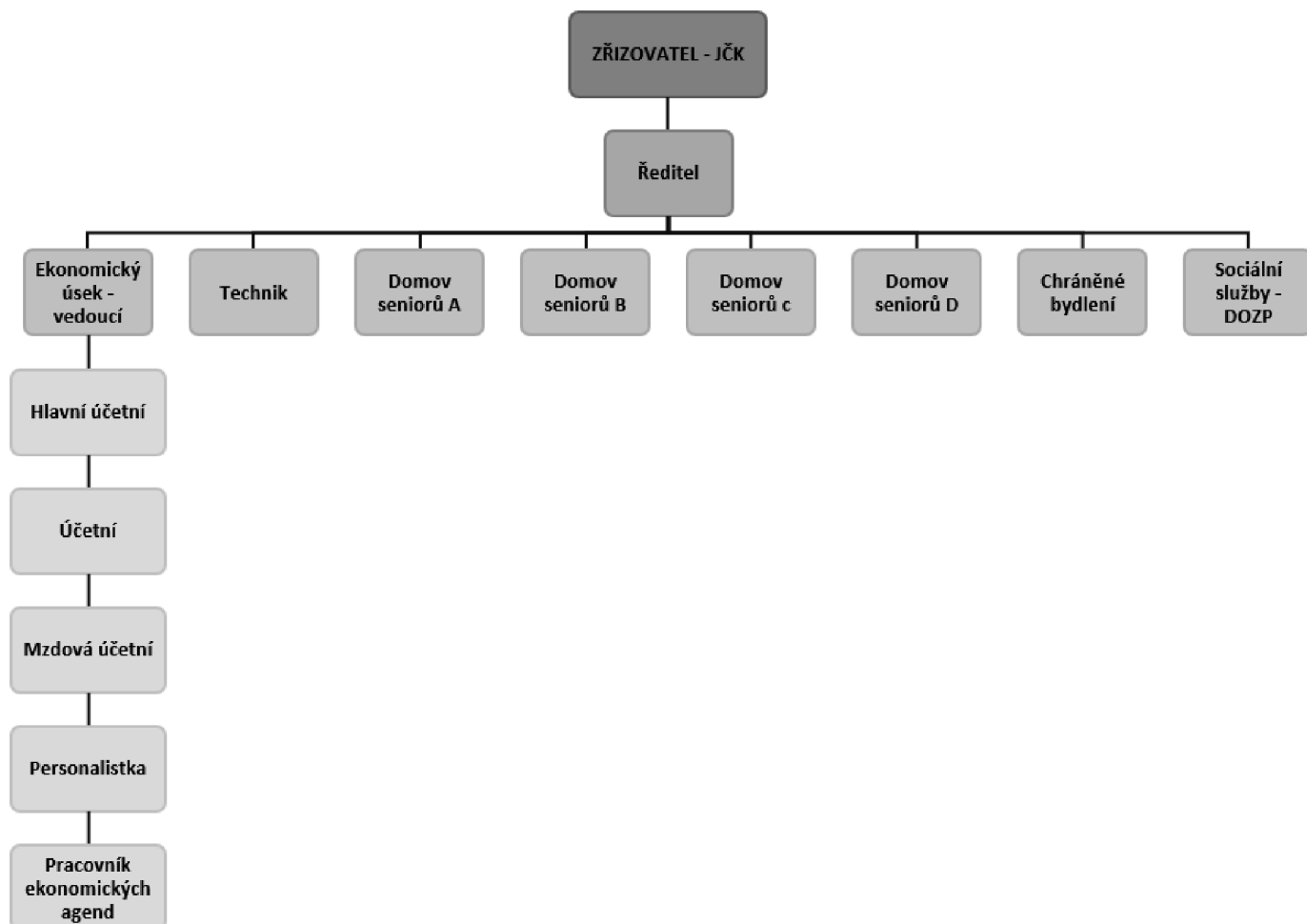
Pracovníci tuto důvěru vnímají, a i přesto uvádí, že někteří pracovníci jsou oblíbeni více a někteří méně.

Nás, jako pracovníky, přijímají dobře až na momenty, kdy po nich požadujeme něco, do čeho se jim moc nechce, třeba jako úklid pokoje, ale věřím, že nám klienti důvěřují (P3). Jinak personál je tu vnímán pozitivně, někteří pracovníci jsou oblíbenější a některý míň, ale to je asi normální, že jo (P2).

Ve vztahu k druhé výzkumné otázce z rozhovorů s klienty vyplývá, že jsou s jejich životem v zařízení vcelku spokojeni. Klienti udržují přátelské nebo neutrální vztahy s ostatními uživateli služeb, k sociálním pracovníkům i pracovníkům v sociálních službách mají důvěru, přestože nerozlišují tyto dvě funkce. Z rozhovorů také vyplývá, že kontakty s rodinou udržuje minimum klientů, což má dva důvody – klienti již žádné příbuzné nemají anebo jejich rodiny nemají zájem o udržování vztahů. Informanti z řad uživatelů služby také vyjádřili svou spokojenost s ubytováním, i přesto by jim pracovníci přáli jednolůžkové pokoje, a to z důvodu většího soukromí.

9.2 Výkon práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách

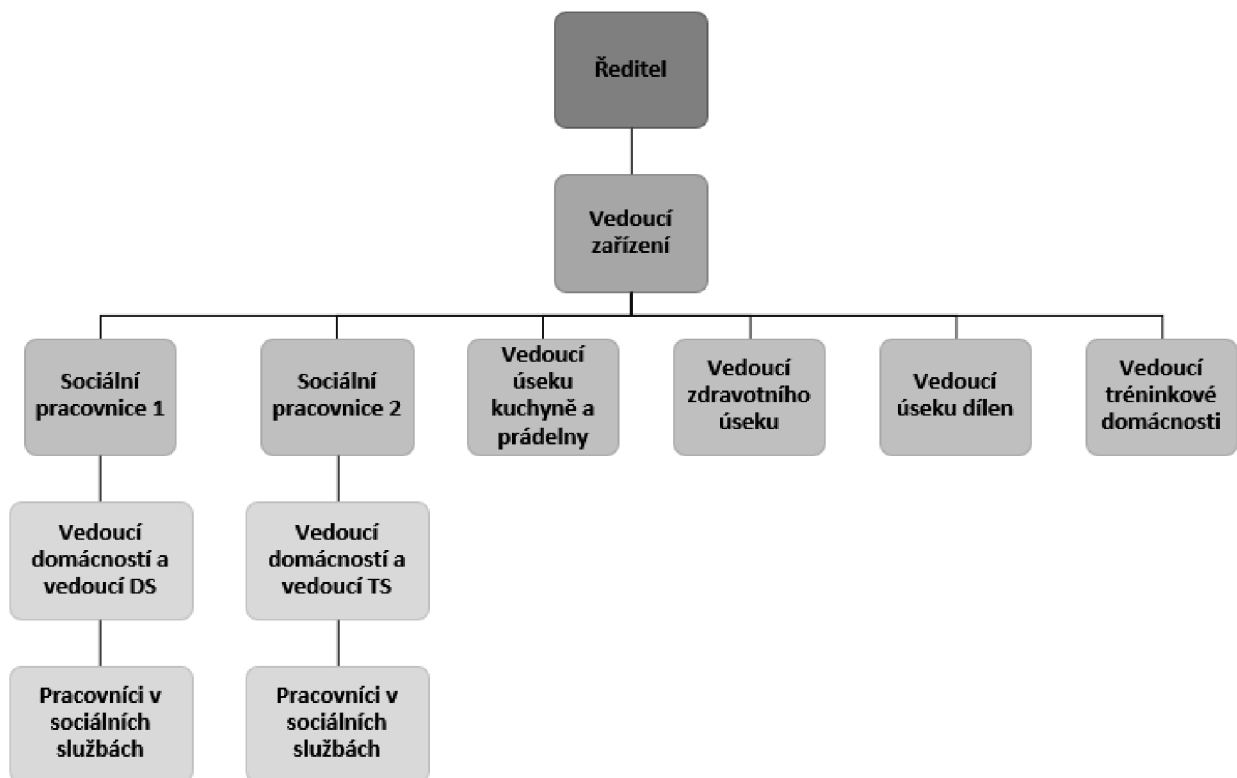
Vybrané zařízení, tedy domov pro osoby se zdravotním postižením, spadá pod Centrum sociálních služeb, které dále spravuje čtyři domovy pro seniory a chráněné bydlení. Zřizovatelem Centra sociálních služeb je Jihočeský kraj.



Obrázek 5: Organizační struktura Centra sociálních služeb

Zdroj: upraveno autorkou, z důvodu zachování anonymity nelze uvést zdroj

Obrázek č. 5 graficky znázorňuje organizační strukturu Centra sociálních služeb, pod který spadá i domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém probíhal výzkum.



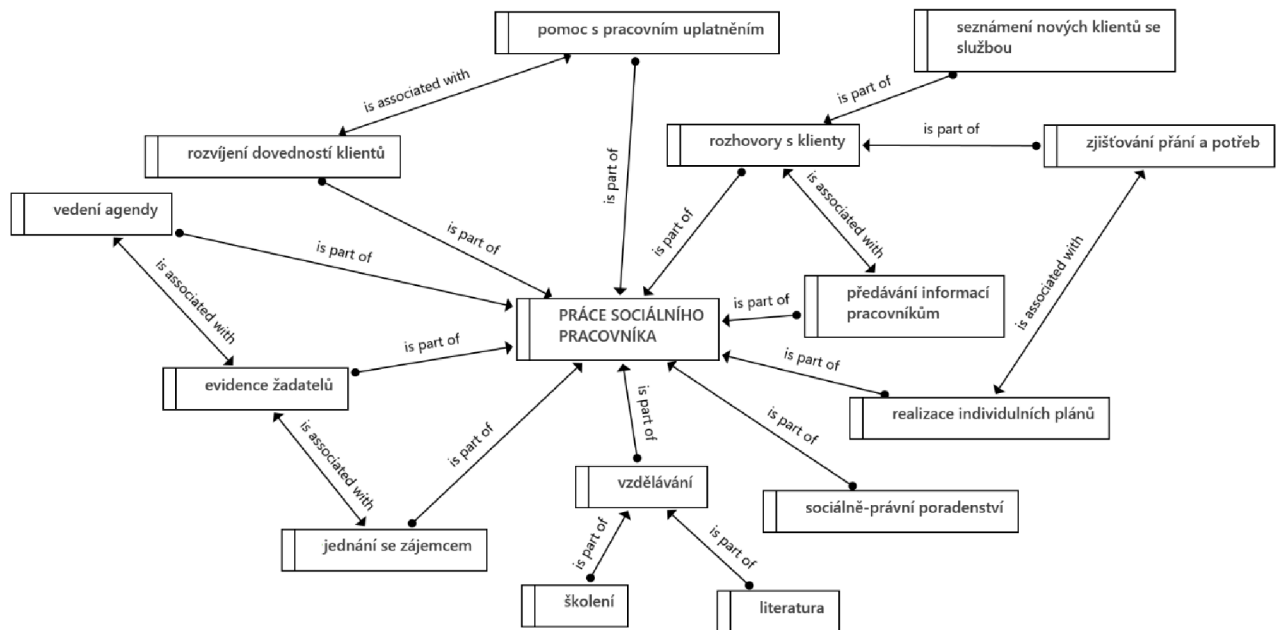
Obrázek 6: Organizační struktura domova pro osoby se ZP

Zdroj: vlastní výzkum, informace získané od pracovníků v zařízení

Na obrázku č. 6 je graficky zpracovaná organizační struktura domova pro osoby se zdravotním postižením. Rozhovory proběhly se sociální pracovnící č. 1, dále pak s vedoucí konkrétní domácnosti a se sociálními pracovníky, kteří pracují na vybrané domácnosti.

Z obrázku je dále patrné, že sociální pracovníce mají mezi sebe rozděleny domácnosti a denní a týdenní stacionář, což vede k lepší organizaci a sociální pracovníce mají možnost lépe rozpoznat potřeby a problémy jednotlivých domácností, klientů ale i pracovníků.

9.2.1 Náplň práce sociálních pracovníků



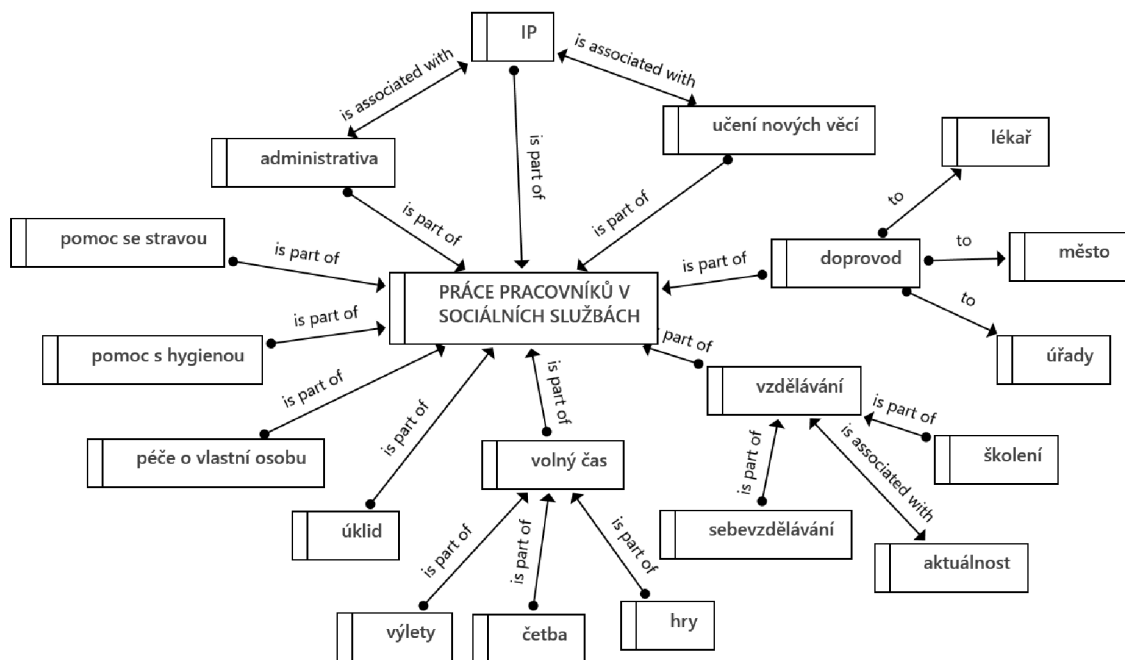
Obrázek 7: Práce sociálního pracovníka

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Z rozhovoru vyplývá, že náplň práce sociální pracovnice z velké části plyne ze zákona 108/2006 Sb., nicméně sociální pracovnice v tomto konkrétním zařízení vykonává tyto činnosti:

Do náplně mojí práce ve zkratce patří jednání se zájemcem, to kolikrát jezdíme i do terénu – třeba jako do domácností těch klientů, a tak a taky kolikrát jim třeba pomáháme i s prodejem domu, pokud jim zůstal po smrti rodiče. Taky těm zájemcům předávám informace o tý naší službě. Pak taky zajišťuju sociálně-právní poradenství, vedu evidenci žadatelů. Taky mám na starost vedení agendy, která souvisí s poskytováním služby anebo i jejím ukončením. Taky se snažím o rozvíjení dovedností klientů a v tý souvislosti i klientům pomáhám s pracovním uplatněním. Taky provádím rozhovory s klienty, třeba je právě seznamuju se službou anebo zjišťuju jejich přání a potřeby. Takže taky musím umět nějak komunikovat, jako aktivně naslouchat, umět nabídnout pomoc, povídat si... Pak taky předávám informace ostatním pracovníkům, spolupracuju s nima na realizaci individuálních plánů a pak se taky musím vzdělávat, a to buď na školení anebo z literatury, vždycky záleží, co je zrovna aktuální a co je potřeba (P2).

9.2.2 Náplň práce pracovníků v sociálních službách



Obrázek 8: Práce pracovníka v sociálních službách

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Většina činností pracovníků v sociálních službách již vyplývá z předchozích grafických zpracování a útržků z rozhovorů, přesto bych je ráda shrnula do jednoho přehledného diagramu.

Pracovníci v sociálních službách přímo pečují o klienta. Jak již bylo zmíněno, péče u jednotlivých klientů se odvíjí od jejich zdravotního stavu, typu a stupně postižení a od naučených dovedností. Pracovníci tedy pomáhají klientům s péčí o vlastní osobu, pomáhají jim s osobní hygienou, případně i s výkonem fyziologické potřeby, a v neposlední řadě i pomoc s přípravou a podáváním stravy.

Další činností je individuální plánování, což, jak již bylo také zmíněno, je kompetence celého týmu pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků, případně zdravotnických pracovníků za aktivní účasti klienta.

S individuálním plánováním úzce souvisí učení nových věcí. Pracovníci se snaží klienty učit různé dovednosti a činnosti z běžného života jako je úklid, převlékání ložního prádla, vaření, ovládání televize či rádia, praní prádla a podobně:

Snažíme se klienty v jejich dovednostech rozvíjet a učit je novým (P1.)

Pracovníci v sociálních službách dále klienty doprovází k lékaři, do města a na úřady. V rámci tohoto doprovodu pracovníci učí klienty různé cesty po městě, učí je jezdit MHD a podobně.

Z rozhovorů dále vyplývá, že pracovníci s klienty tráví jejich volný čas, a to tím, že s nimi jezdí výlety, pokud to jejich zdravotní stav a finanční možnosti dovolí, dále pak pracovníci klientům předčítají, hrají společenské hry, dívají se s nimi na televizi, povídají si a snaží se naplňovat přání a potřeby klientů, pokud je to jen možné.

Pracovníci dále fyzicky pomáhají či slovně asistují klientům při úklidu jejich pokojů, což podle pracovníků někdy vede ke konfliktu.

Nedílnou součástí výkonu práce pracovníka v sociálních službách je administrativní práce, která souvisí nejen s individuálním plánováním. V podstatě veškerá práce s klienty se zaznamenává do připravených formulářů. Mezi administrativu patří například:

No, máme tu denní plán podpory, pak poskytovanou péči, pak nějaký záznamy ze služby, kam se třeba píšou nějaký konflikty, píšeme portfolia klientů. Zapisujeme to skoro všechno (P2).

Do náplně práce pracovníka v sociálních službách patří i vzdělávání, které dle pracovníků probíhá na školeních přímo v zařízení a případně se pak pracovníci i dozdělávají sami, a to podle toho, co je zrovna aktuální:

Máme možnost navštívit různé odborné kurzy a semináře v rámci zaměstnání, ale i mimo ve svém volném čase. Pak jsou to taky stáže. A v neposlední řadě studium odborné literatury, což Vám samozřejmě nedá takovej prožitek jako třeba nějaký ten kurz nebo seminář. V tomhle směru se to dost odvíjí od toho, s čím se v práci setkáte a co se Vám momentálně hodí (P1).

Snažím se neustále sledovat nejrůznější přístupy k nejrůznějším klientům, hledat si témata, která by mě zajímaly a která jsou teď aktuální. Třeba teď jsem hodně studovala a hledala informace o lidech, kteří mají poruchy autistického spektra nebo mají problémy se svým chováním. Tohle jsem považovala v rámci kolegů, že je to tady docela problém a ode mě čekají nějakou radu. A čím dýl tuhle práci dělám, tak tím víc se střežím toho říkat lidem, že je to takhle nebo takhle. Myslím si, že když pracujete s těmahle klientama, tak

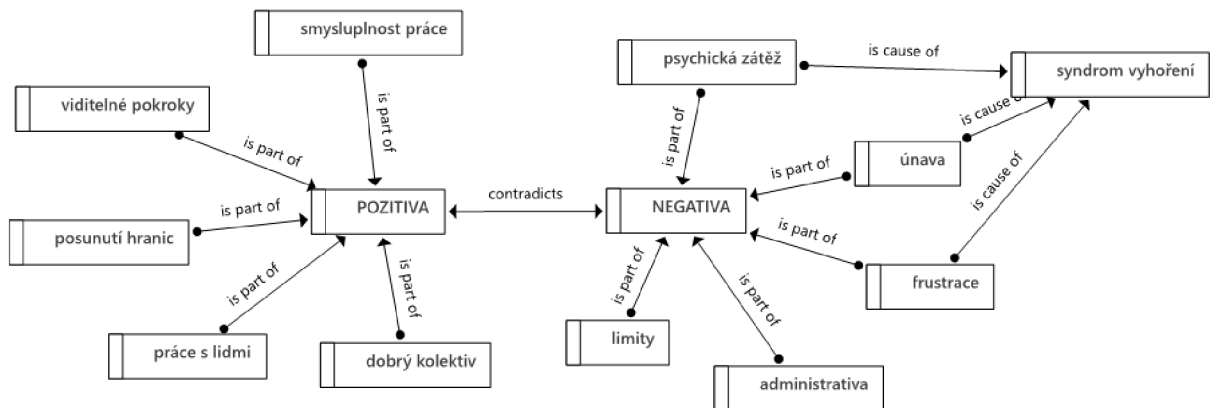
tu neexistuje univerzální řešení a já nemám patent na rozum. Ale je to o rozšíření obzorů a hledáním nějaký cesty (P3).

Z rozhovorů dále vyplývá, že v této oblasti ovšem pracovníci naráží na jistá úskalí:

Ono je to ale složitější, protože dost z nás na to nemá dostatek času a vlastně ani dostatek financí. Zkraje jsme se ale snažili vzdělávat hodně intenzivně (P3).

9.2.3 Pozitiva a negativa práce

Mým druhým cílem bylo zjistit pozitiva a negativa práce s klienty se zdravotním postižením, které vnímají pracovníci ve vybraném zařízení.



Obrázek 9: Pozitiva a negativa práce

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Mezi pozitiva většina pracovníků zařadila, že vykonávají práci, která pro ně má smysl a že pomáhají lidem, kteří pomoc potřebují. Někteří pracovníci také uvedli, že díky této práci posunuli své hranice a naučili se potlačit své ego.

Neposlední výhodou je dle pracovníků možnost vidět výsledky své práce, které se ovšem nedostavují ihned:

A je úžasný vidět ty výsledky naší práce, i když jako nepřicházej hned, někdy je to fakt běh na dlouhou trať, víš jak to myslím (P3).

Nevidíte teda za sebou hned nějaký výsledky, je to takovej běh na dlouhou trať, ale když pak tady procházíte po domácnostech a ti lidé se k vám hlásí a povídají si s váma, tak vidíte, že v rámci těch svých možností jsou tady spokojení. Taký je úžasný vidět ty pokroky, a to třeba zlepšení zdravotního stavu nebo třeba učení nových činností (P2).

Dalším pozitivem, kteří pracovníci uváděli je dobrý pracovní kolektiv, který na domácnosti je. Pracovníci se shodli, že se na sebe mohou navzájem spolehnout, což jim velice usnadňuje práci a zároveň jsou si navzájem psychickou oporou, což pracovníci vnímají jako důležitý faktor prevence syndromu vyhoření.

Do negativ pracovníci řadili především stavy, které mohou vyvrcholit syndromem vyhoření. Mezi tyto stavy zařadili psychickou náročnost práce a v podstatě neustálou psychickou zátěž, frustraci, nervovou vypjatost, sexuální frustraci, podrážděnost a únavu. V tomto směru pracovníci uváděli, že je důležité si najít způsob, jak proti těmto negativním pocitům bojovat:

Určitě je to hodně psychicky náročné. Člověk si pak musí najít způsob, jak tohle ventilovat. Já třeba ráda vezmu psa a jdu se projít do přírody anebo u rodičů, ti mají kachlový kamna, tak hrozně ráda přikládám a dívám se do ohně. Prostě je důležitý, aby si každé člověk našel svoje (P2).

No, jednoznačně je to psychická zátěž. Kolikrát toho máme až nad hlavu a je potřeba s tím umět nějakým způsobem bojovat a bránit se tomu (P1).

Pracovníci také uvedli, že pracovní kolektiv je velice důležitý při boji s negativními vlivy, které plynou z jejich práce, jak jsem již zmínila výše:

V tomhle směru je důležitý mít dobrou kolektiv, kterej tě podrží a pomůže (P4).

Dalším negativem této práce jsou dle pracovníků limity, které pracovníci nemohou nijak ovlivnit. Tyto limity se týkají především zdravotního stavu klientů anebo finančního zabezpečení:

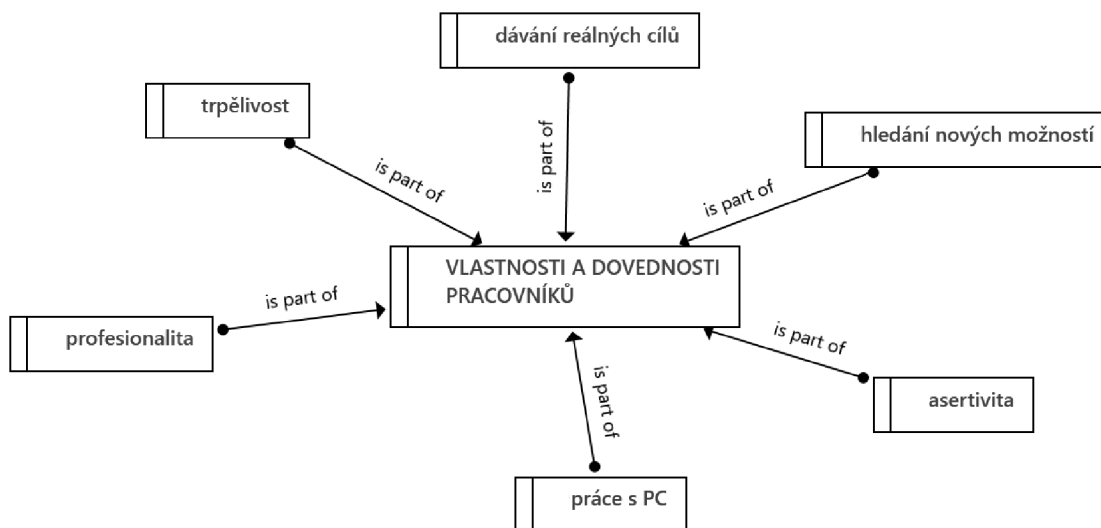
Taky jsou tu věci, co já můžu ovlivnit a co prostě neovlivním a to si myslím, že by si měl každé člověk si v sobě srovnat a hlavně, co mě třeba přijde ve vztahu ke klientům asi tak nějak je, aby si řekli, co chtějí a nevnučovat jim svůj názor. Co nejméně zasahovat a radit, jak mají žít svůj život. A pro mě je hodně náročný, že ten člověk už je na sklonku života, že má víc nemocí a že prostě už je v konečném stádiu nemoci. Takže pro mě je těžký to, když se vyčerpají všechny tyhle možnosti té služby. Těžko nesu, když odchází nebo zemře nějaký klient. Protože prostě ta citová vazba tu je. Nebo třeba když není žádná pracovní

nabídka pro klienty nebo když klienti něco chtějí a já narazím na nějaký limit. Třeba když je něco definitivně daný, jako když klient má nízký důchod a už to nejde nijak přehodnotit a zvýšit (P2).

Taky je těžký, když při práci s klientem narazíte na nějaký problém, který už nejde nijak změnit nebo vyřešit. Hlavně třeba nějaká nemoc nebo tak (P5).

Práce sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách je plná administrativy, což pracovníci vnímají jako překážku práce s klienty. Dle pracovníků se množství této administrativy čím dál více zvyšuje, což způsobuje, že jim pak nezbývá tolik času na práci s klienty. V tomto směru pracovníci vítají dobrovolnickou činnost.

9.2.4 *Potřebné vlastnosti a dovednosti pracovníků*



Obrázek 10: Vlastnosti a dovednosti pracovníků

Zdroj: vlastní výzkum, zpracováno v Atlas.ti 9

Obrázek č. 10 znázorňuje potřebné vlastnosti a dovednosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, které vychází z činnosti pracovníků.

Mezi dovednosti, které by měli pracovníci splňovat patří mimo jiné práce s počítačem, která souvisí s velkým množstvím administrativy, což může být pro pracovníky značným omezením při výkonu jejich práce.

Pracovníci si také myslí, že je důležité se naučit trpělivosti, neboť ta je při práci s klienty se zdravotním postižením zapotřebí, a to nejen při běžné práci, ale třeba i při naplňování individuálních plánů.

Já jsem docela výbušnej člověk, takže jsem se musela naučit bejt trpělivá a vydržet v klidu, vytrvat (P4).

Ono kolikrát bejt trpělivá je nadlidskej úkol, ale musíme to vydržet, je to přeci jen i součást nějaký profesionality (P5).

S výše zmíněnou trpělivostí souvisí i profesionální přístup pracovníků, jak zmínil informant P5. Dalším znakem profesionality je podle informanta P2 správný time management.

Možná bych ráda poradila jen to, aby se člověk naučil spravedlivě dělit svůj čas mezi všechny klienty, aby na sebe žárlili. Je to taková součást té profesionality ve vztahu ke klientům (P2).

Z rozhovorů dále vyplývá, že pracovníci se musí naučit dávat si reálné cíle, nechtít změnit vše a hned, neboť v souvislosti s tímto může, především u nových pracovníků, nastat velké zklamání, které může vést až k syndromu vyhoření.

Ale jinak je určitě důležitý bejt realista a nečekat, že změny nastanou hned (P5).

Mimo jiné jsem se tu naučila dívat se na věci realisticky, což je v týhle práci fakt důležitý. Protože ne vždycky jde všechno tak, jak bysme si přály a kdyby na to takhle člověk nekoukal, tak by se asi zbláznil nebo při nejmenším tuhle práci nemohl dělat (P3).

Další dovedností, která je dle pracovníků důležitá je hledání nových možností a chuť zdolávat překážky.

Nevím, jestli úplně baví, ale řekla bych, že je to hledání nových možností. Mám ráda nové výzvy (P1).

Myslím si, že když pracujete s těmahle klientama, tak tu neexistuje univerzální řešení a já nemam patent na rozum. Ale je to o rozšíření obzorů a hledáním nějaký cesty (P5).

Tato dovednost je potřeba především při plnění přání klientů, jejichž realizace může být omezena různými limity.

Ale všeobecně platí, že co by chtěl klient realizovat, tak se mu to snažíme splnit. Samozřejmě vzhledem k jeho finančním možnostem a v rámci našich možností se snažíme ta přání realizovat (P2).

Pracovníci se také shodovali v tom, že k jejich práci je potřebná jistá míra asertivity. Ta je nezbytná především v přímé péči, kde by mohlo docházet k přepečování, které by mělo negativní dopad na celou realizaci a smysl služby.

Tahle práce mě naučila asertivitu. Když jsem nastoupila, tak jsem v podstatě dělala všechno za klienty a jen praxe a kolegové mě naučili říkat ne a učit klienty soběstačnosti a samostatnosti (P3).

Tak tahle práce toho člověka hrozně moc naučí, třeba jako říkat ne. Většina z nás totiž na začátku klienty přepečovávala a musely jsme se naučit nějaký hranice (P4).

V rámci rozhovorů se sociálním pracovníkem a pracovníky v sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením jsem se zaměřila i na případné rady budoucím sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Z odpovědí pracovníků je zřejmé, že nejlepší radou je si dojit práci vyzkoušet:

Já jsem v tomhle čím dál víc opatrnější, protože každý člověk je jinej a myslím si, že ne každý člověk může dělat tuhle práci. Protože jak se říká, když dva dělají totéž, není to

totéž. Takže možná jen, aby se sem došel člověk podívat, jestli se mu tady líbí a jestli tuhle práci dokáže dělat (P2).

Někteří z pracovníků uvedli spíše všeobecné rady, a to:

No, asi nejlepší rada by byla si to dojit na vlastní kůži vyzkoušet. Ale jinak všeobecně asi v žádném případě klientům netykat, nedávat si vysoké cíle a nebrat si věci osobně (P3).

Tak v první řadě, aby si to došel vyzkoušet a zjistil, jestli tu práci práci vůbec může dělat.

Protože tohle určitě není práce pro každého. Ale jinak je určitě důležitý být realista a nečekat, že změny nastanou hned. Taky nečekat vděčnost a nemít odpor a předsudky (P4).

Určitě bych poradila, aby byl člověk trpělivej a vytrvalej, aby se choval slušně, klientům vykal a nekladl si vysoký cíle (P5).

Na třetí výzkumnou otázku z rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že do pozitiv řadí především smysluplnost práce. Pracovníci také uvedli, že je baví pracovat s lidmi, a to s klienty i se svými kolegy. Dobrý pracovní tým je dle informantů také důležitým faktorem v boji se syndromem vyhoření. Dalším pozitivem je dle pracovníků také posunutí vlastních hranic a překonání vlastního ega. V neposlední řadě je pro pracovníky důležité i to, že za svojí práci vidí pokroky, ač nepřichází hned.

Do negativ naopak pracovníci řadí psychické stavy únavy a frustrace, které mohou vést až k syndromu vyhoření. Další zátěží pro pracovníky je nadměrná administrativa, která je spojena s individuálním plánováním, záznamy péče, zápisy o průběhu služby a dalšími. Pro pracovníky je také náročné narážet na různé limity při práci s klienty. Do těchto limitů pracovníci řadí především zdravotní stav klientů, který již nelze změnit – například terminální fáze závažných onemocnění. Dalším limitem také může být nedostatek pracovních míst pro klienty, kteří chtějí pracovat anebo nízká výše sociálních dávek.

10 Diskuze

Bakalářská práce měla za cíl nahlédnout do života klientů ve vybraném zařízení, a to domově pro osoby s mentálním postižením a zjistit, jak je realizována sociální práce s klienty se zdravotním postižením.

Procházková (2014) se odkazuje na Waltera Thimma a uvádí, že od roku 1972 se na zdravotní postižení nahlíží ze společenského, nikoliv individuálního přístupu. I přesto se dle autorky v odborné literatuře nedostatečně objevují témata sexuality, partnerství, osamostatňování, stárnutí a umírání, což je nedílnou součástí i života každého z nás, stejně tak i osob se zdravotním postižením. Autorka dále upozorňuje na nedostatečnou informovanost společnosti a zkreslené představy, které společnost o osobách se zdravotním postižením má, a to především o osobách s mentálním postižením, duševními onemocněními či poruchami autistického spektra.

10.1 Proces integrace a inkluze klientů v rámci zařízení

Vágnerová (2012) uvádí, že i přes všechny snahy sociální práce o inkluzi zdravotně postižených osob, jsou postoje společnosti k této skupině spíše negativní anebo smíšené. Společnost projevuje k této skupině především soucit, ale i hrůzu a odpor. Dalším pocitem, který skupina zdravotně postižených vyvolává je nejistota a stud, neboť většinová společnost stále není dostatečně informována o tom, jak se vlastně ke zdravotně postiženým chovat. Autorka dále uvádí, že tyto názory a postoje jsou tak hluboko zakořeněné, že je lze považovat za předsudky a sociální stigma. Na druhou stranu autorka uvádí, že i zdravotně postižené osoby mají určité předsudky vůči většinové společnosti. Velmi často jsou spojené s podezřívavostí a ukřivděností. Z tohoto dle autorky vyplývá, že integrace a inkluze je možná pouze na základě změny postojů obou skupin, tedy většinové společnosti i osob se zdravotním postižením.

Z rozhovorů vyplynulo, že i přesto pracovníci v zařízení usilují o maximální možnou inkluzi klientů a jejich začleňování do běžného života, a to v rámci jejich možností. Pracovníci se snaží pro klienty zajišťovat co nejvíce služeb a aktivit, které nabízí okolní svět, učí klienty základní činnosti, které jsou pro zapojení do běžného života potřebné. Z rozhovorů vyplynulo, že mezi tyto aktivity se řadí návštěva služeb ve městě, návštěvy

cukráren, kaváren a restaurací, které klienti oceňují nejvíce, ale i realizace nákupů potravin a osobních potřeb, kdy se klienti například učí finanční gramotnosti.

Kodymová a Koláčková (2010) uvádí, že procesy začleňování zdravotně postižených osob do společnosti probíhají v několika rovinách, a to ve vyrovnávání příležitostí, při úpravě vztahů této “minority“ s většinovou společností a úspěšné zapojení skupiny osob se ZP do společnosti. Autorky dále uvádí, že pro úspěšnou práci s klienty se zdravotním postižením je potřebná znalost faktorů, které ovlivňují životy osob se ZP a kterým je při práci potřeba věnovat vyšší pozornost. Tyto faktory dělí na:

- biologické – zdravotní postižení a celkový aktuální zdravotní stav
- psychologické – osobnost, sebepojetí, aktuální stav psychiky
- sociální – vztahy s rodinou, přáteli, možnost a schopnost navázat nové vztahy
- gnozeologické – morálka, etika, hodnotový žebříček, vnímání smyslu života
- sociální a veřejná politika – vzdělání, zaměstnání, ubytování, sociální zabezpečení a sociální péče

Z výzkumu vyplynulo, že na tyto faktory navazuje i služby v zařízení, kdy pracovníci zjišťují zdravotní stav klientů, jeho dostupné zdroje, vzdělání, pracovní uplatnění, přání a potřeby, vztahy s přáteli a rodinou. Dle těchto zjištěných údajů se poté vytváří přesný plán péče o konkrétního klienta.

10.2 Vztahy klientů

Z rozhovorů vyplynulo, že klienti udržují vztahy s ostatními klienty, s pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky a někteří i se svojí rodinou.

Zvláštní formou vztahů, které klienti mezi sebou udržují, jsou partnerské svazky. Dle Venglářové et al. (2013) jsou vztahy a sexualita osob zdravotně, především mentálně, postižených stále tabu tématem, které je opředeno mnoha mýty.

I Lištiak Mandzáková (2013) upozorňuje na velké množství nepravd a předsudků v oblasti sexuality a partnerských vztahů osob s mentálním postižením.

Obě autorky se ovšem shodují v tom, že sexualita je běžnou součástí života všech osob, ať už ve větším či menším zastoupení. Autorky také kladou důraz na včasnou osvětu a sexuální výchovu, která proběhne vhodnou formou.

Z výzkumu vyplývá, že i ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením pracovníci vnímají potřeby klientů v oblasti partnerských vztahů, sexuality a partnerského soužití. V případě, že zde klienti utvoří pár, snaží se jim služba vyjít vstříc a nabídnout jim například společný pokoj.

10.3 Práce sociálního pracovníka

Malíková (2011) uvádí, že sociální pracovník disponuje vyšší odbornou kvalifikací. V rámci zařízení je jeho činnost podřízena vedoucí či vedoucímu zařízení. Mezi činnosti sociálních pracovníků Autorka řadí spolupráci se širokým kolektivem pracovníků, kam spadají zdravotní sestry, fyzioterapeuti, pracovníci v sociálních službách a další. Autorka dále uvádí, že sociální pracovník informuje zájemce a žadatele, případně i jejich rodiny, vede nejrůznější agendy, dodržuje legislativu a standardy kvality, neustále sleduje a zjišťuje informace a nové odborné poznatky, dodržuje etické zásady a stanovené postupy.

Data získaná v rozhovoru nabízí rozsáhlý výčet činností sociálního pracovníka. Tato pracovní náplň je velice různorodá a vyžaduje mimo jiné vysokou odbornost a znalost v oboru. Činnost sociálního pracovníka vychází ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a je rozšířena o potřeby konkrétního zařízení.

Z rozhovoru vyplývá, že sociální pracovníce v tomto zařízení mimo jiné slouží jako komunikační kanál mezi klientem, jeho rodinou, úřady a jednotlivými pracovníky v zařízení. V rámci zařízení je tedy členem multidisciplinárního týmu.

Informantka dále uvádí, že má na starost jednání s úřady, jednání se zájemci o službu a následnou evidenci žadatelů, pracovnice dále vede agendy spojené s poskytováním služby a případně s jejím ukončením. Dále také provádí rozhovory s klienty, a to za pomoci technik aktivního naslouchání, zjišťuje jejich přání a potřeby, poskytuje sociálněprávní poradenství.

10.4 Práce pracovníků v sociálních službách

I činnost pracovníků v sociálních službách z velké míry vychází ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon uvádí, že pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči o klienta v oblasti hygieny, oblékání, udržování čistoty. Další činností pracovníků v sociálních službách je dle tohoto zákona výchovná nepedagogická činnost, která zahrnuje tvorbu pracovních návyků, zakořenění základních hygienických návyků a rozvoj manuálních dovedností, zájmů či znalostí, a to především v oblasti výtvarné, kulturní anebo pohybové.

Z rozhovorů ovšem vyplývá, že pod tímto poněkud kratším výčtem se skrývá velké množství činností a aktivit, které musí pracovníci zvládat. Do náplně pracovníků v tomto zařízení spadá tedy celodenní péče o klienty, která se, jak již bylo zmíněno, odvíjí především od zdravotního stavu klienta. Pracovníci tedy klientům napomáhají s osobní hygienou a výkonem fyziologické potřeby, oblékáním, s přípravou a podáváním stravy, doprovází je k lékařům, na úřady, jezdí s nimi na výlety a navštěvují s nimi služby, případně kavárny a restaurace. Pracovníci se také podílejí na zvyšování soběstačnosti klientů prostřednictvím učení nových aktivit a dovedností, především v rámci individuálního plánování.

10.5 Individuální plánování

Haicl a Haiclová (2011) uvádí, že individuální plánování je dohoda mezi uživatelem sociální služby, tedy klientem, a jeho klíčovým pracovníkem. V širším slova smyslu lze považovat individuální plánování jako každou domluvu pracovníka a klienta. Úzce je však individuální plánování předem sjednaná schůzka klíčového pracovníka s klientem, na které se vyhodnocuje dosavadní průběh služby a jakým způsobem a směrem se služby budou poskytovat nadále, vzhledem k přání a potřebám klienta.

Ve vybraném zařízení probíhá individuální plánování obdobně, ale do naplňování plánů se zapojuje celý tým pracovníků v sociálních službách, sociálního pracovníka, případně i zdravotnických pracovníků, pokud jejich přítomnost dopomůže realizaci individuálního plánu klienta. Individuální plánování je ve vybraném zařízení dlouhodobější proces, který je průběžně kontrolován a vyhodnocován. Na základě těchto kontrol se poté může změnit strategie naplňování tohoto plánu, pokud je to vhodné. V zařízení je kladen důraz, aby individuální plán opravdu vycházel z přání klienta, nicméně ne vždy je klient schopen, vzhledem cílové skupině především mentálně postižených osob, se k IP vyjádřit. V takovém případě se individuální plán nastavuje na základě domněnek klíčového pracovníka a pracovníků v sociálních službách.

10.6 Syndrom vyhoření

Maroon (2012) uvádí tři roviny příznaků syndromu vyhoření, a to emocionální rovina, depersonalizace a nízká pracovní výkonnost. Do emocionálních příznaků řadí autor únavu, frustraci, depresi, sebevražedné myšlenky a stres. Depersonalizace se dle autora projevuje ochlazením a ztrátou vztahů k ostatním, ale i k sobě samému. Pracovník také začne nahlížet na klienty velmi negativně a ztrácí k nim respekt. Třetí rovinou je snížení pracovní výkonnosti, která je často spojena s nízkým hodnocením svých znalostí a dovedností a od.

Pracovníci ve vztahu k syndromu vyhoření uváděli pouze emocionální stavy vyčerpání a frustrace, případně pocity stresu. Na zbylé dvě roviny poněkud pozapomněli nebo s nimi nemají zkušenosti. Pracovníci dále uvedli, že nejdůležitější v boji se syndromem vyhoření jsou koníčky a dobrý pracovní kolektiv.

11 Závěr

Tato bakalářská práce měla za cíl zmapovat život klientů ve vybraném zařízení sociálních služeb a zároveň i nahlédnout do práce sociálních pracovníků a pracovníků sociálních služeb, poodhalit, jaká vnímají pozitiva a negativa při výkonu své práce a zjistit, jakým způsobem je realizována sociální práce s klienty se zdravotním postižením.

Teoretická část byla zaměřena na výkon práce sociálního pracovníka, dále následovala definice a rozdělení zdravotního postižení podle typu a závažnosti ZP. Teoretická část se také zabývala sociálním zabezpečením a sociálními službami, které mohou osoby se zdravotním postižením, případně i pečující osoby, využívat.

Ve výzkumné části bylo prvním cílem této bakalářské práce zmapovat život klientů ve vybraném zařízení určeném pro klienty se zdravotním postižením.

U první výzkumné otázky, která se zaměřovala na denní program klientů, z rozhovorů vyplynulo, že průběh dne a veškeré denní aktivity a činnosti se z velké části odvíjí od přání a potřeb klienta. Pro všechny klienty je společný pouze čas podávání jídla. Pracovníci uvedli, že klientům je nabízeno velké množství aktivit, ze kterých mají možnost si vybírat a zároveň mají klienti i možnost vyjádřit své požadavky, které se poté pracovníci snaží plnit. V této oblasti ovšem působí jistá omezení, a to především zdravotní stav klienta a dále pak jeho finanční možnosti.

Druhá výzkumná otázka se týkala prostředí, ve kterém klienti žijí. Z rozhovorů vyplynulo, že klienti i pracovníci vnímají pět klíčových oblastí, a to vztahy, ubytování, společné prostory, blízké okolí a zahradu, která sice spadá do společných prostor, nicméně je mezi klienty natolik důležitá, že vytvořila samostatnou kategorii.

Druhý cíl této bakalářské práce měl za úkol zjistit, jakým způsobem je realizována sociální práce s klienty se zdravotním postižením.

U třetí výzkumné otázky lze pozitiva spatřovat především v náplni a smyslu práce. Pracovníci sami oceňují, že pomáhají tomu, kdo to skutečně potřebuje. Dalším kladem je dle pracovníků znatelnost a viditelnost pokroků, které se ovšem dostávají po delší době. Pro pracovníky je také důležité mít dobrý kolektiv, na který se můžou spolehnout. Oproti tomu negativa se týkají především jediné oblasti, a to syndromu vyhoření. Pracovníci poukazovali především na únavu, stres, frustraci, vypětí a vysokou psychickou zátěž. Další překážkou je pro pracovníky velké množství administrativy, které je omezuje v práci s klienty. V neposlední řadě je pro pracovníky náročné, když narazí na určité limity, především v oblasti zdravotního stavu anebo sociálního zabezpečení.

Ačkoliv v každém zařízení sociálních služeb jsou poskytovány jiné služby, tak by tato práce mohla nastítnit způsoby a možnosti sociální práce s klienty se zdravotním postižením. Tato práce také může přinést pracovníkům zpětnou vazbu od klientů ve smyslu spokojenosti s poskytovanými službami, která bude přínosná především pro vybrané zařízení sociálních služeb, ve kterém klienti žijí.

Další ambicí této bakalářské práce je poskytnout budoucím sociálním pracovníkům možnost nahlédnout do vybraných pozitivních a negativních vlivů práce na zaměstnance vybraného zařízení, což lze považovat za jeden z možných způsobů prevence syndromu vyhoření.

Tato bakalářská práce by měla sloužit především jako zpětná vazba vybranému zařízení sociálních služeb. Pro zařízení jsou využitelná především data získaná v rozhovorech s klienty, informace o potřebách klientů. Většina těchto přání se týká výběru a množství volnočasových aktivit, avšak možnost uskutečňovat tyto aktivity s klienty se odvíjí od počtu pracovníků.

12 Zdroje

1. BENDO VÁ, P. 2015. Kombinované vady. In: BENDO VÁ, P. (ed.). *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-422-9
2. BENDO VÁ, P., ZIKL, P. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3854-3
3. BENEŠ, P., VRUBEL, M., 2017. *Oftalmologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-264-2
4. BENNER, K., CURL, A. L. 2018. Exhausted, Stressed, and Disengaged: Does Employment Create Burnout for Social Work Students?. *Journal of Social Work Education*. 54(2), 300-309. doi.org/10.1080/10437797.2017.1341858
5. BRÍZOVÁ, B., 2019. Sociální práce s osobami se zdravotním postižením v praxi. In: MOJŽÍŠOVÁ, A. (ed.). *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: ZSF JU. ISBN 978-80-7394-738-5
6. CACCIATORE, J., CARLSON, B., MICHAELIS, E., KLIEMK, B., STEFFAN, S. 2011. Crisis Intervention by Social Workers in Fire Departments: An Innovative Role for Social Workers. *Social Work*. 56(1). 81-8. doi.org/10.1093/sw/56.1.81
7. ČERNÍN, K. 2016. Veřejná prostranství, Terra Incognita. *Právník*. 155(10), 803–817. ISSN 0231-6625.
8. Disability and health, 2020. [online]. WHO. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
9. FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D. PROCHÁZKOVÁ, L., 2012. *Somatopedie*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-233-8
10. FREUDENBERGER, H. J., 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 30(1), 159–165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
11. Grades of hearing impairment, © 2020. [online]. WHO. [cit. 2020-12-17]. Dostupné z: https://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/
12. HAICL, M., HAICLOVÁ, V. 2011. Individuální plánování v sociálních službách. In: BICKOVÁ, L. (ed.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4

13. HANÁKOVÁ, A., 2010. Komunikace a osoby s narušenou komunikační schopností. In: JURKOVIČOVÁ, P. (ed.). *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 40-. ISBN 978-80-244-2649-5
14. HAVRDOVÁ, Z. 2013. Supervize v sociální práci. In: MATOUŠEK, O. (ed.). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4
15. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9
16. HORECKÝ, J., TAJANOVSKÁ, A. 2011. Sociální služby ČR. In: BICKOVÁ, L. (ed.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4
17. JANKOVSKÝ, J. 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-414-9
18. KACZOR, P., 2015. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE. ISBN 978-80-245-2096-4
19. KAŠPAROVÁ, E., HAMPL, P. 2012. *Sociologie řízení*. 2. vydání. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. ISBN: 978-80-96730-81-3
20. KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0
21. LIŠTIAK MANDZÁKOVÁ, S. 2013. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0502-9
22. MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3
23. MATOUŠEK, et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7
24. MATOUŠEK, O., et al. 2011. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3
25. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2018. [online]. ÚZIS. [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/mkn-tabelarni-cast_1-1-2018.pdf

26. MICHALÍK, J. 2012. Systém sociálních služeb. In: VELANTA, M. (ed.). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálněprávním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1
27. MICHALÍK, J., et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3
28. MILICHOVSKÝ, L. 2010. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-001-3
29. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4
30. MLÝNKOVÁ, J. 2010. *Pečovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3185-8
31. NEUBAURER, K., 2010. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-053-5
32. PASINI, A. 2016. *How to make good choices? Ethical perspectives guiding social workers moral reasoning*. Routledge. 35(4), 377-386. doi: 10.1080/02615479.2015.1081679
33. PATEL, D. R., BROWN, K. 2017. *An overview of the conceptual framework and definitions of disability*. International Journal of Child Health & Human Development. 10(3), 247-252. ISSN 1939-5965
34. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhých nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8
35. PEŠLOVÁ, R. 2012. *Právní průvodce pečujících 2012*. Brno: Moravskoslezský kruh. ISBN 978-80-260-1924-4
36. PIKOLA, P. 2010. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky. ISBN 978-80-87103-29-6
37. PROCHÁZKOVÁ, L. 2014. *Možnosti pracovního uplatnění lidí s postižením – současné trendy v České republice a v zahraničí*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7607-5
38. SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8
39. SLOWÍK, J., 2010. *Jak komunikovat s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9
40. SOLOVSKÁ, V., et al. 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8

41. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5
42. SVOBODOVÁ, I. 2010. *Využití zvířat v zoorehabilitaci*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. ISBN 978-80-213-2129-8
43. ŠKRABAL, I. 2014. *Sociální inovace v praxi*. Ostrava: Centrum pro komunitní práci. ISBN 978-80-87809-25-9
44. ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2011. *Krizová intervence v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3
45. TOSELAND, R. W., RIVAS, R. F., 2017. *An Introduction to Group Work Practice*. 8. edition. Boston: Pearson. ISBN 9781292160283
46. TRÖSTER, P. 2010. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: C. H. Beck. ISBN 978-80-7400-322-6
47. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2006. [online]. MPSV. [cit. 2020-11-29]. str. 2. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8
48. UZLOVÁ, I. 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-764-0
49. VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7
50. VALENTA, M. 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9
51. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1
52. VANČUROVÁ, A., LÁCHOVÁ, L., ZÍDKOVÁ, H. 2020. *Daňový systém ČR 2020*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-887-4
53. VENGLÁŘOVÁ, M., et al. 2013. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0373-5
54. VÍTEK, J. 2010. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-210-9
55. Výběrové šetření osob se zdravotním postižením, 2019, [online]. ČSÚ. [cit. 2020-12-11]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/90600407/26000619.pdf/b1d5a2b3-a309-4412-a962-03d847d3d1a0?version=1.5>

56. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7021, ISSN 1211-1244
57. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1258-1286, ISSN 1211-1244
58. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 41, s. 1986-1997, ISSN 1211-1244
59. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 3970-3972, ISSN 1211-1244
60. ZIKL, P. 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7

13 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Život klientů

Obrázek 2: Denní program

Obrázek 3: Práce s klienty

Obrázek 4: Prostředí

Obrázek 5: Organizační struktura Centra sociálních služeb

Obrázek 6: Organizační struktura domova pro osoby se ZP

Obrázek 7: Práce sociálního pracovníka

Obrázek 8: Práce pracovníka v sociálních službách

Obrázek 9: Pozitiva a negativa práce

Obrázek 10: Vlastnosti a dovednosti pracovníků

14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Okruhy pokládaných otázek – pracovníci

Příloha 2: Okruhy pokládaných otázek – klienti

Příloha 3: Seznam kategorií a kódů

Příloha 1: Okruhy pokládaných otázek – pracovníci

1. Denní program klientů

- běžný program ve všední dny × program o víkendu

2. Volnočasové aktivity

- jaké volnočasové aktivity jsou zajišťovány
- kritéria výběru těchto aktivit

3. Individuální plány

- kdo se podílí
- druhy a obsah plánů

4. Péče o klienty

- jakým způsobem se určuje

5. Vztah klientů k okolí

- sociální pracovník a pracovník v sociálních službách
- vztah k ostatním klientům
- prostředí, ve kterém žijí

7. Pozitiva a negativa práce

- co pracovníky na jejich práci nejvíc nejvíce baví
- co se pracovníkům zdá nejtěžší
- rady pro budoucí pracovníky

8. Profesní rozvoj a vzdělávání

Příloha 2: Okruhy pokládaných otázek – klienti

1. Základní informace o klientovi

- věk, původní bydliště, vzdělání, rodina, přátelé

2. Pobyty v centru

- délka pobytu

3. Denní program

- všední dny × víkend

- spokojenost/nespokojenost s programem

- oblíbené a neoblíbené aktivity

4. Vztah k prostředí

- co klientům chybí a co se jim líbí, co oceňují

- ubytování

- společné prostory

- vztahy k pracovníkům – koho žádají o pomoc, co pro ně představuje sociální pracovník a pracovník v sociálních službách

- vztahy k ostatním klientům

Příloha 3: Seznam kategorií a kódů

Kategorie 1: ŽIVOT KLIENTA

Denní program

Ostatní klienti

Rodina

Péče

Sociální pracovníci

Pracovníci v sociálních službách

Prostředí

Ubytování

Kategorie 2: DENNÍ PROGRAM

Práce

Výlety

Finanční omezení

Zdravotní omezení

Pevné body – strava

Individuální dle potřeb klienta

Velký výběr aktivit

Dílny

Dobrovolnost

Kategorie 3: PÉČE

Týmová spolupráce

Týmová solidarita

Individuální plánování

Učení samostatnosti

Pravidelná aktualizace

Odvíjí se od zdravotního stavu

Získávání informací z různých zdrojů

Kategorie 4: PROSTŘEDÍ

Vztahy klientů

Společné prostory

Zahrada

Blízké okolí

Ubytování

Kategorie 5: PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Pomoc s pracovním uplatněním

Rozvíjení dovedností klientů

Vedení agendy

Evidence žadatelů

Jednání se zájemcem

Vzdělávání

Sociálně-právní poradenství

Realizace IP

Předávání informací pracovníkům

Rozhovory s klienty

Seznámení nových klientů se službou

Zjišťování přání a potřeb klientů

Kategorie 6: PRÁCE PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Individuální plánování

Administrativa

Pomoc se stravou

Pomoc s hygienou

Pomoc s péčí o vlastní osobu

Úklid

Volný čas

Vzdělávání

Doprovod

Učení nových věcí

Kategorie 7: POZITIVA A NEGATIVA PRÁCE

Smysluplnost práce

Posunutí hranic

Viditelné pokroky

Práce s lidmi

Dobrý kolektiv

Kategorie 8: POTŘEBNÉ VLASTNOSTI A DOVEDNOSTI PRACOVNÍKŮ

Trpělivost

Profesionalita

Práce s PC

Asertivita

Hledání nových možností

Dávání reálných cílů

15 SEZNAM ZKRATEK

ČSÚ – Český statistický úřad

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

IP – individuální plánování/individuální plán

JČK – Jihočeský kraj

TP – těžké postižení

ZP – zdravotní postižení

ZTP – zvlášť těžké postižení

ZTP/P – zvlášť těžké postižení s průvodcem