

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Institut sociálního zdraví – OUSHI

Aplikovaná psychoterapie a inovace v sociální práci



Diplomová práce

Bc. Jakub Sláma

**MOŽNOSTI VYUŽITÍ PRVKŮ CARE U LIDÍ S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM V DENNÍM A TÝDENNÍM STACIONÁŘI**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 13. 4. 2023

Podpis:

Děkuji Mgr. et Mgr. Martinu Fojtíčkovi za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a náhledu na prvky CARE. Dále děkuji centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s., za poskytnutí materiálu k lepšímu pochopení problematiky.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1 PERPEKTIVY OSOB S MENTÁLNÍM NEBO KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	9
1.1 Rovina věku klienta.....	9
1.2 Rovina charakteru postižení	10
2 ŽIVOTNÍ SITUACE KLIENTA	13
2.1 Sociální fungování.....	13
2.2 Životní situace	14
2.3 Potřeby člověka	15
2.4 Uspokojování potřeb lidí s mentálním nebo kombinovaným postižením	17
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE	20
3.2 Standardy kvality.....	21
3.3 Denní a týdenní stacionáře	23
4 PRVKY CARE	25
4.1 Principy prvků CARE	25
4.2 Zotavení.....	28
4.3 Plán osobní podpory a osobní plán	31
4.4 Komunikační strategie.....	35
4.5 Práce s vnějším prostředím	36
EMPIRICKÁ ČÁST.....	45
5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46
5.1 Vymezení výzkumného problému	46
5.2 Cíl výzkumného šetření.....	46
5.3 Design výzkumného šetření	47
5.4 Etické aspekty výzkumného šetření	48
5.5. Výzkumný soubor	49
5.6 Výzkumné prostředí	50
6 KVALITATIVÍ DESING VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	51
6.1 Analýza dat.....	52
6.2 Intepretace dat z ohniskové skupiny	56
6.3 Interpretace dat v rámci zúčastněného pozorování	69
6.4 Zodpovězení výzkumných otázek	73

6.5 Návrhy pro praxi	75
7 DISKUSE	80
7.1 Limity výzkumného šetření	81
7.2 Podněty pro další zkoumání	82
ZÁVĚR.....	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERAPURY	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	90
SEZNAM TABULEK.....	91
PŘÍLOHY.....	92

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá „možnostmi využití prvků CARE u lidí s mentálním postižením v týdenním a denním stacionáři“. Nahlíží na otázku, zda se tento typ služeb přispívá k řešení životní situace u dospělých osob s mentálním postižením, a jak mohou prvky CARE kvalitu těchto služeb zlepšit. Dalším záměrem je také poukázat na současný přístup v rámci poskytované péče denních a týdenních stacionářů, zda jsou schopny reagovat na obtíže v životních situacích uživatelů a pomoci jim celkově zkvalitnit jejich dosavadní život s přihlédnutím na respekt a rovnost těchto jedinců.

První kapitola se věnuje problematice dospělých jedinců s mentálním nebo kombinovaným postižením v denním a týdenním stacionáři. Na tyto jedince pohlíží z perspektivy věku se zaměřením na dospělé osoby, dále je popisuje z hlediska charakteru postižení.

Druhá kapitola seznamuje s konceptem životní situace, resp. aspekty některých životních situací. Hlavně vymezuje teorii potřeb.

Třetí kapitola se zabývá členěním a popisem sociálních služeb. Zaměřuje se na specifické sociální služby, které jsou součástí výzkumné části diplomové práce, zejména pak vymezuje denní a týdenní stacionář.

Čtvrtá kapitola se věnuje metodice CARE, kde popisuje základní principy metodiky a její užití při práci s cílovou skupinou.

Metodologická část se zabývá výzkumnou strategií a technikami sběru dat, pomocí kterých byl prováděn výzkum. Analytická část diplomové práce interpretuje data získané výzkumem a hledá odpovědi na dílčí výzkumné otázky. V závěru odpovídá na hlavní výzkumnou otázku, která zní: „zjistit, v jakých oblastech mohou prvky CARE zlepšit poskytování sociální služby týdenního a denního stacionáře. Zabývá se následujícím vztahem: působení týdenního a denního stacionáře na kvalitu života jedince s mentálním nebo kombinovaným postižením.

Výzkumná část zjišťuje problematiku poskytované péče, aspekty, které ovlivňují životě těchto lidí a oblasti kde může dojít ke zlepšení poskytované sociální služby.

Je důležité upozornit na skutečnost, že poskytování sociálních služeb musí vycházet z potřeb uživatelů, a to především individuálně, bez plošného přístupu. Výsledky výzkumu mohou být užity pracovníky v sociálních službách na různých pozicích jako náhled na základní problematiku týdenních a denních stacionářů. V závěru práce jsou uvedena doporučení, které můžou být užité jako podklad pro přehodnocení koncepce služeb týdenních a denních stacionářů, aby poskytované služby korespondovaly s potřebami uživatelů, které tyto služby využívají.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce má čtyři kapitoly. První kapitola se zaměřuje na problematiku osob s postižením, s důrazem na dospělé jedince a jejich charakteristiku. Druhá kapitola se zabývá konceptem životní situace a teorií potřeb. Třetí kapitola popisuje sociální služby a jejich systém, zejména pak vymezuje denní a týdenní stacionář. Poslední kapitola se věnuje metodice CARE, popisuje její specifika a cíle.

1 PERPEKTIVY OSOB S MENTÁLNÍM NEBO KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

1.1 Rovina věku klienta

Lidský život se skládá z několika etap, v každé z nich může dojít k postižení jednotlivce. Při práci s lidmi s postižením je důležité vzít v úvahu, zda se jedná o vrozené nebo získané postižení, a v jakém období života se daná osoba nachází.

Velký sociologický slovník definuje *dospělost* (1996, s.220) jako „*etapu života, kterou každý prožívá zcela individuálním a neopakovatelným způsobem.*“ Obecná definice dospělosti nelze definovat ani jinak vymezit, protože přechody mezi jednotlivými etapami života nejsou jasně vymezené. Podle našeho právního systému je člověk, který dosáhl osmnácti let, považován za dospělého. Tím, že osoba dosáhne této věkové hranice, získává svéprávnost a stává se právním subjektem. Definování konce dospělosti je obtížné kvůli proměnám společnosti a různým názorům na to, kdy končí produktivní období života. Dospělost je označována jako období, kdy člověk po biologické stránce dokončí svůj přirozený vývoj, dosáhne plných životních sil a schopností. Dokončení tohoto období mu umožňuje dosahovat hodnot a potřeb pro kvalitní život, v neposlední řadě se také reprodukovat. V běžné populaci se dospělostí obvykle rozumí období, kdy člověk pracuje a založí rodinu.

Nicméně každý jedinec má v určité oblasti určité omezení sil a schopností, nelze obecně plně naplnit všechna očekávání.

Dospělý jedinec s mentálním postižením dosáhl této etapy spíše po biologické stránce nežli psychosociálně. Je důležité si uvědomit určitý rozpor při práci s dospělými lidmi s mentálním nebo kombinovaným postižením. Často se stává, že tyto osoby působí infantilně, i přes tuto skutečnost je však velmi důležité přistupovat k těmto jedincům jako k dospělým lidem, s respektem a přijetím, nikoliv jako k „přerostlým dětem“. Podpora v rámci naplňování jejich sociálních rolí je nezbytná a mnohdy na ní zůstávají závislí po celý život.

1.2 Rovina charakteru postižení

Vymezení pojmu mentální a kombinované postižení

Postižení je souhrnné označení vrozeného nebo získaného deficitu, který má souvislost s nějakým omezením. Zdravotní postižení se obecně definuje jako jakýkoliv stav nebo porucha, která omezuje schopnost jednotlivce plnit běžné každodenní aktivity. Tato postižení mohou být způsobena různými faktory, včetně genetických faktorů, nemocí, úrazů, stáří atd. Každé zdravotní postižení se projevuje v různé míře a může ovlivnit různé aspekty života jednotlivce, jako je fyzická schopnost, kognitivní funkce, komunikace a schopnost přizpůsobit se prostředí. Zdravotní postižení mohou být trvalá nebo dočasná, mohou se lišit v závislosti na typu postižení a jednotlivých potřebách a schopnostech každého jednotlivce.

Pojem postižení je podle Světové zdravotnické organizace definován jako „...*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“ (WHO; in Novosad, 2000).

Podle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se „*zdravotním postižením rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (§ 3).

Hlavní cílovou skupinou této práce jsou osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením. Definic mentálního postižení je celá řada, často jsou pojmy postižení nebo retardace používány spíše jako synonyma. Dolejší popisuje mentální retardaci jako: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejvýrazněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení*“ (Dolejší 1978). Jak je uvedeno, poškození intelektových funkcí postihuje celou osobnost, dochází při něm ke snížení úrovně jak rozumových, tak adaptačních schopností. U těchto lidí se vyskytují problémy porozumět a přizpůsobovat se novým podmínkám, situacím a prostředím. Jejich schopnost poznávání, učení, pozornosti a motivace je značně snížena. Také mají časté poruchy komunikace, navazování kontaktu, opožděný vývoj řeči, rozvoj sociálních dovedností, ale i problémy s orientací, koordinací pohybu, jemnou a hrubou motorikou (Švarcová, 2011).

Matoušek popisuje pojem mentální retardace, když jde o „vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendenci ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky“ (Matoušek, 2003).

Je několik diagnostických hledisek, jak lze hodnotit mentální retardaci. Jednotlivé stupně se odvíjí od posouzení inteligence, adaptačních schopností a zvládnání sociálních povinností. Dále se posuzuje poměr výkonu jedince mezi dosaženým mentálním a chronologickým věkem, který označujeme jako inteligenční kvocient (IQ).

Tradiční klasifikaci mentálního postižení stanoví 10. Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) vypracovaná Světovou zdravotnickou organizací, Ta dělí mentální postižení do šesti kategorií pod oddílem s názvem „*duševní poruchy a poruchy chování*“. Kategorie jsou:

- F70 Lehká mentální retardace (IQ 50–69)
- F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)
- F72 Těžká mentální retardace (IQ 20–34)
- F73 Hluboká mentální retardace (IQ 0–19)
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Neurčená mentální retardace

Jak se snižuje úroveň inteligenčního kvocientu, často se objevují i další přidružená postižení. Mezi nejčastější patří somatická, neurologická, psychická, sociální, smyslová nebo různé variace a kombinace. Jak uvádí Matoušek, mezi nejčastější psychické poruchy patří schizofrenie. Často se stává, že jsou psychické poruchy u těchto jedinců nerozpoznané a díky tomu i neléčené. Pro mentální postižení jsou specifické zvláštnosti psychických procesů, které jsou modifikované vzhledem k charakteru, hloubce a nerovnoměrnosti postižení (Matoušek, 2016).

Jak z výše uvedeného vyplývá, mentální postižení postihuje jedince jak v duševní, tak i v tělesné a sociální složce. Tito jedinci mají ale stejné potřeby jako lidé bez postižení, chtějí se vzdělávat, pracovat, mít domov, rodinu, přátele, svobodně se rozhodovat. Aby mohli tyto potřeby uspokojovat, potřebují podporu společnosti.

Kombinovaná postižení patří k nejkomplicovanější kategorii ze všech druhů postižení. Existuje mnoho faktorů, které se navzájem ovlivňují a prolínají. Do kategorie řadíme jedince, u kterých jsou poškozeny najednou dvě a více funkcí. U jedince je vždy důležité, jaká je jeho kombinace postižení, a které postižení ho omezuje nejvíce. Podle toho se také formuje postup léčby, péče nebo výchovy. Na kombinované postižení lze nahlížet z pohledu surdopedie, psychopedie, tyflopédie, nebo etopedie. Každý z těchto směrů se zabývá jinou oblastí, ale zároveň se navzájem prolínají (Ludíková, 2013).

2 ŽIVOTNÍ SITUACE KLIENTA

2.1 Sociální fungování

Pro poskytnutí kvalitní péče jedincům s mentálním postižením je důležité posuzovat koncept životní situace, v které se nacházejí. Pokud se nehledají optimální nástroje pro upokojení jejich potřeb, vzniká nerovnováha v sociálním fungování. Dne lze pojem sociální fungování definovat jako cíl sociální práce. Podobně to definuje i Navrátil: *„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kdy je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí“* (Navrátil, 2000).

Sociální fungování se týká způsobu, jakým jednotlivci a skupiny interagují a komunikují v různých sociálních situacích. Zahrnuje širokou škálu sociálních dovedností a schopností, jako je schopnost navazovat vztahy, spolupracovat s ostatními, řešit konflikty, prosazovat své potřeby a chápat a respektovat rozdíly mezi lidmi. Může být ovlivněno mnoha faktory, jako jsou genetika, výchova, kulturní normy a zkušenosti s interakcí s ostatními.

Teorii sociálního fungování se zabývala americká sociální pracovnice Bartlettová. Ta ve své knize „The Common Base of Social Work Practice“ (1970) definovala tento pojem jako interakce, které probíhají mezi nároky prostředí a lidmi. Autorka vychází z předpokladu, že životní situace je nároky prostředí významně ovlivněna. Rozlišuje přitom dvě dimenze: schopnost klienta řešit problémy a nároky sociálního prostředí, ve kterém daný jedinec o řešení svých problémů usiluje (Navrátil 2003, s. 87).

Společnost má vliv na to, jak se lidé s mentálním postižením cítí a jak se chovají. Pokud jsou tyto lidé integrováni do společnosti a mají možnost interagovat s ostatními lidmi, mohou se cítit více zapojeni a spokojenější se svým životem. Navrátil uvádí, že je nezbytné vzít v úvahu, že *„nejenom sociální prostředí definuje svá očekávání a požadavky vůči jednotlivci či skupině“,* ale také *„jednotlivec (skupina i jiné sociální útvary) mají svá očekávání vůči svému prostředí“* (Navrátil 2003). Sociální fungování vymezuje jako *„vztah mezi očekávanými jednotlivce a sociálního prostředí“*. Cílem sociální práce je tedy zabránit izolaci a omezování jedinců s interakcí s ostatními lidmi, obnovit nebo udržovat vztahy, a rozvíjet schopnost obou stran naplňovat očekávání. Bartlettová jak jí cituje Navrátil a Musil uvedla:

„Zvládání se týká lidského úsilí řešit situace, které mohou být vnímány jako sociální úkoly, životní situace nebo problémy života. Lidé prožívají tyto životní úkoly primárně jako tlaky svého sociálního prostředí. Odsud vycházejí dvě významnější myšlenky: na jedné straně lidské zvládání a na straně druhé požadavky prostředí. Aby se tyto myšlenky mohly stát součástí jednoho celistvého konceptu, musí být vzájemně propojeny dimenzí, kterou postihuje myšlenka sociální interakce“ (Navrátil&Musil, 200).

Lidé a prostředí jsou v neustálém vztahu, kdy prostředí klade na člověka požadavky, na které musí reagovat. Pokud člověk není schopen požadavky prostředí naplnit, vzniká nerovnováha a tím tedy problém. Tato situace je předmětem intervence ze strany sociálního pracovníka, a tedy i cílem sociální práce. Jak uvádí Matoušek, cílem sociálního fungování je společné řešení problémů v sociálním fungování klienta za pomoci sociálního pracovníka (Matoušek, 2003b).

2.2 Životní situace

Koncept sociálního fungování je pevně spojen i s životní situací. Navrátil popisuje *životní situaci jako nepříznivý souběh životních okolností v určitém okamžiku, která se vyvíjí v čase a může být ovlivněna společenskými událostmi, transformací nebo průběhem života jedince* (Matoušek, 2013). Životní situace má svoji specifickou strukturu a faktory které ji ovlivňují. Bartlettová v roce 1970 (Matoušek, 2013) definovala faktor následovně:

- vlastnosti klienta,
- očekávání sociálního prostředí,
- podpora v sociálním prostředí,
- interakce mezi očekáváním sociálního prostředí a schopnosti klienta je zvládat.

Musila uvádí čtyři možné způsoby, jak intervenovat do situace klienta:

- přizpůsobit klienta prostředí,
- přizpůsobit požadavky prostředí možnostem klienta,
- přizpůsobit podporu nárokům prostředí,
- přizpůsobit podporu potřebám klienta (Musil, 2002).

U jedinců s mentálním postižením můžeme ale narážet na překážky ve formě omezené schopnosti, nedostateční znalosti, těžko dosažitelných cílů, nebo i v samotném prostředí. V tomto můžou pracovníci sociálních služeb vhodnou intervencí pomoci překážky překonat nebo změnit, jako i samotné prostředí klienta. Podle Navrátila a Musila „*terčem intervence může být jak dovednost klienta, tak požadavek prostředí na něj*“ (Navrátil & Musil, 2000a).

Dalším životní situací může být i problém s uspokojováním potřeb. Strukturální stránka takové situace má jasně vymezené znaky. Mezi konkrétní znaky patří věk, pohlaví, vztahy, rodinný stav a struktura, složení domácnosti, zaměstnanost a charakter zaměstnání, sociální aktivity a zájmy, členství ve formálních skupinách, využití formálních zdrojů, zdroje podpory a neformální zdroje (Navrátil, 2003).

2.3 Potřeby člověka

Každý člověk má touhu něčeho dosáhnout, a to jak v oblasti psychologické, sociální, biologické nebo duchovní. Zažíváme pocity nedostatku nebo přebytku, které charakterizují naše potřeby. Potřeby samotné souvisí se zachováním kvality našeho života. Ačkoliv jsou jedinci s postižením již touto zátěží značně omezeni, přesto i oni mají velké touhy něco dokázat a uspět v životě. Díky svému postižení mají ale problémy uspokojit některé své potřeby stejným způsobem jako ostatní dospělí. Podle Kovaříka lze tento problém chápat jako určitý deficit nebo přebytek energie lidského organismu, který má být uveden do žádoucí rovnováhy, a zároveň jako vztahový fenomén, který představuje vztahování člověka ke světu (Matoušek, 2016).

Teorie potřeb

Lidské potřeby můžeme nejdříve rozdělit podle podstaty člověka, a to potřeby biologické a psychické. Mezi biologické řadíme například potřebu potravy, spánku. Psychické potřeby vycházejí z individuálního prožívání a potřeby osobnostního rozvoje. Řadíme mezi ne např. pocit bezpečí. Zvlášť můžeme vyčlenit ještě potřeby sociální a kulturní, estetické, duchovní ale také potřebu sebevyjádření. Teorií potřeb se zabývalo mnoho autorů z různých pohledů. Mezi ně patřila Alderferova teorie ERG potřeby, který uváděl tři hlavní typy potřeb, a to existence, vztahu a růstu. Další je teorie Davida McClellanda, která definuje potřebu dosahování, potřebu afiliace a potřebu moci. Zajímavý koncept uvádí ve své teorii Johna Atkinson, ten rozlišuje dva

hlavní typy, motivaci k dosažení úspěchu a motivaci k vyhnání se neúspěchu. Podle této teorie jsou někteří lidé motivováni touhou po úspěchu a druzí jsou motivováni snahou vyhnout se neúspěchu.

Univerzální pohled nad lidskými potřebami popsal americký psycholog Abraham Maslow. Ten je hierarchicky uspořádal do žebříčku podle naléhavosti a především principu, kdy vyšší potřeby mohou být uspokojovány teprve tehdy, když jsou do určité míry uspokojeny potřeby nižší (Šamánková a kol. 2011).

Maslowovo hierarchické uspořádání potřeb:

1. Fyziologické potřeby
2. Potřeby bezpečnosti a jistoty
3. Potřeby sounáležitosti a lásky
4. Potřeby sebeúcty, úspěchu a uznání
5. Potřeby seberealizace

Maslow považoval ze nejdůležitější potřebu seberealizaci, tedy využití všech svých schopností a možností, i když ji všichni naplnit nedokážeme. Pro dosažení seberealizace je nutnou podmínkou nastolení psychické rovnováhy. Psychická rovnováha je podmíněna uspokojením nižších potřeb. Podmínkou seberealizace je dosažení psychické rovnováhy, jejímž základem je uspokojení dvou potřeb nižší úrovně, a to potřeba sebeúcty a potřeba sounáležitosti a lásky. Potřebu uznání a sebeúcty diferencuje touhu člověka realizovat své schopnosti a talent a najít smysl svého života. Potřeba sounáležitosti znamená potřebu někam patřit a být tam akceptován. Další, poslední dvě potřeby, které Maslow ve své pyramidě uvedl, jsou potřeba bezpečí zajišťující stabilitu zahrnující i fyzické a psychické faktory, a poslední jsou fyziologické potřeby (Vágnerová 2016).

Jedinci s mentálním postižením často čelí specifickým výzvám, které mohou bránit uspokojování některých ze základních výše uvedených potřeb. Například potřeba přijetí a uznání může být ohrožena stigmatizací a diskriminací, zatímco potřeba zaměstnání a smysluplného denního programu může být omezena omezenou nabídkou pracovních příležitostí pro osoby s mentálním postižením. Proto je důležité, aby sociální pracovníci a další

odborníci, kteří pracují s osobami s mentálním postižením, porozuměli základním potřebám těchto jedinců a snažili se je uspokojit tak, aby mohli dosáhnout maximálního potenciálu a plného zapojení do společnosti.

2.4 Uspokojování potřeb lidí s mentálním nebo kombinovaným postižením

Řádová sestra Michele Pascale Duriezová řekla: „*Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z nich je být uznán a milován takový, jaký je*“ (Švarcová, 2003).

Lidé s mentálním postižením mají stejné základní potřeby jako jiní lidé. Jak uvádí Vágnerová, jejich potřeby ale mohou být pod vlivem omezené kapacity rozumových schopností určitým způsobem modifikovány. Čím více je snížena kapacita schopností jedince, tím je v uspokojování svých potřeb závislejší na okolí a potřeby jsou hůře definovány.

Vágnerová hovoří o určité modifikaci potřeb v rámci saturace odpovídající jejich psychickému a somatickému stavu. Zde některé z nich pro lepší pochopení:

- potřeba stimulace – přiměřena možnostem postiženého jedince z hlediska jejich množství a doby působení. Lidé s mentálním postižením dávají přednost stereotypní, jednodušší a jednoznačnější stimulaci. Důležitá je její srozumitelnost.
- potřeba učení – porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. V přijímaných informacích musí být jednoduchý řád a musí zde platit jasná pravidla. Snížená schopnost učení a současně zvýšena závislost na aktivitě okolí.
- potřeba bezpečí – u jedinců s mentálním postižením bývá velmi silná. Jistota vztahu a citové vazby s blízkým člověkem je důležitá, protože poskytuje zdroj rovnováhy. potřeba seberealizace
- potřeba seberealizace – Sebehodnocení bývá většinou závislé na názoru autority, která na ně má vliv.

- potřeba životní perspektivy – vznik potřeby je ovlivněn schopností jedince chápat ale-
spoň základním způsobem pojem času, diferencovat minulost, přítomnost
a budoucnost. Závažněji žijí převážně přítomností (Vágnerová 2016).

Potřeby mentálně postižených jedinců musí být modifikovány vzhledem k jejich snížené schopnosti rozumět a učit se. Potřebují jednodušší, jasnější a srozumitelnější stimulaci, aby byli stimulováni přiměřeně svým schopnostem. Nadměrný počet podnětů může být pro ně příliš stresující a způsobovat obranné reakce.

Je důležité, aby se pracovník v sociálních službách snažil o co největší podporu jedince k samostatné činnosti a co největší aktivitu v uspokojování vlastních potřeb. Jedná se o podporu soběstačnosti a celkové autonomie jedince. Identifikací oblastí, ve kterých je potřeba pomoc poskytnout, lze dostatečně naplánovat postup pomoci a využitelnosti zdrojů. Dnes už je obvyklé, že základní fyziologické potřeby nezbytné pro přežití jsou poskytovány celé společností. Nicméně, uspokojení vyšších potřeb u osob s mentálním postižením zůstává problematické.

Často se předpokládá, že potřeba seberealizace u osob s mentálním postižením není tak důležitá. Avšak ve skutečnosti je to velmi citlivá oblast, která je ovlivněna očekáváními společnosti ohledně schopností těchto jedinců. Naplnění této potřeby je závislé na stupni mentálního postižení a je mnohem složitější než u průměrné populace kvůli nedostatku kompetencí a nereálným aspiracím postižených jedinců. Klíčovým faktorem pro uspokojení této potřeby je získání pozitivní zpětné vazby v podobě pochvaly a ocenění od ostatních lidí (Vágnerová 2016).

Hledání partnera, založení rodiny a nalezení pracovního uplatnění jsou součástí potřeby seberealizace, která se týká touhy být užitečným v životě. U osob se zdravotním postižením může být splnění role partnera a uplatnění v pracovní oblasti projevem normálnosti a potvrzením sebe hodnoty. Často se ale stává že rodiče nebo opatrovníci vztahy negují. Také obvykle nemají dostatečnou zdatnost a nezávislost, a proto zůstávají žít s rodinou nebo v ústavech i v dospělosti. Důvodem je nedostatečná zkušenost v sociálním chování, neúměrná očekávání a závislost na emoční podpoře. Kromě toho jsou zvyklí na to, že jejich rodiče nebo opatrovníci řeší všechny problémy a překážky. Pro tyto jedince mohou být obyčejné situace náročné, protože si musí pomoci sami.

I přesto je pro ně důležité najít vhodnou a smysluplnou práci, protože tato činnost podporuje jejich schopnosti, dovednosti a návyky. Pracovní aktivity také umožňují udržovat sociální interakce a získat pocit užitečnosti a sebevědomí. Nicméně, je důležité, aby práce odpovídala jejich schopnostem a úrovni myšlení a koncentrace. Protože ne všechny práce jsou pro ně vhodné – například práce, která vyžaduje rychlé reakce nebo častou změnu pracovních úkonů. Hledání takových pracovních pozic může být obtížné, protože dnešní společnost klade důraz na výkonnost. (Vágnerová 2016).

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE

V Zákoně o sociálních službách, standardách kvality v denním a týdenním stacionáři se uvádí:

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle zákona 108/2006 sb. zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Cílem sociálních služeb je:

- zachovávat lidskou důstojnost klientů
- vycházet z individuálně určených potřeb klientů
- rozvíjet aktivně schopnosti klientů
- zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů
- poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě (MPSV, 2020 [online]).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů (MPSV, 2020 [online]).

Mezi základní druhy Sociálních služeb patří:

- Služby sociální péče – jejichž cílem je umožnění klientům zapojit se do běžného života společnosti, napomáhání těmto osobám, zajištění důstojné prostředí a zacházení s touto klientelou.
- Služby sociální prevence – zabraňují sociální exkluzi osob, které jsou sociálně ohroženy. Napomáhají překonání nepříznivých sociálních situací a předcházejí vzniku nežádoucích sociálních jevů.
- Sociální poradenství – slouží klientům k poskytování odborných informací při řešení nepříznivých společenských situací (Švarcová, 2011).

Formy poskytování sociálních služeb jsou pak následující:

- Pobytové – rozumí se nimi služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- Ambulantní – těmito službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- Terénní – tyto služby jsou osobně poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

V rámci všech sociálních služeb se musí dodržovat standardy kvality.

3.2 Standardy kvality

V příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou stanoveny standardy kvality pro sociální služby, které jsou povinné pro každého poskytovatele těchto služeb. Tato kritéria jsou určena k ověření jejich kvality Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Ochrana práv osob

Tento standard se zaměřuje na tvorbu vnitřních pravidel pro případy, kdy dojde k porušení základních lidských práv osob nebo dojde ke střetu zájmů. Také vytváří postup, jak tyto situace řešit (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Individuální plánování průběhu sociální služby

Součástí standardů kvality sociálních služeb pro denní a týdenní stacionáře je individuální plánování. Poskytovatel sociálních služeb stanoví vnitřní pravidla, jak probíhá plánování a jak se proces přehodnocuje. Podle standardů se plánování provádí s ohledem na osobní cíle a možnosti uživatele služby. Společně se také hodnotí naplňování cílů. Poskytovatel musí zajistit systém sdílení informací mezi zaměstnanci (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard profesního rozvoje obsahuje požadavky na hodnocení zaměstnanců s ohledem na vývoj a naplňování jejich profesních cílů a potřebu dalšího vzdělávání. Dále stanoví, že poskytovatel sociálních služeb musí vytvořit program dalšího vzdělávání pro své zaměstnance, systém výměny informací mezi nimi, systém ocenění zaměstnanců a zajištění podpory

nezávislého odborníka pro pracovníky, kteří se podílejí na přímé práci s uživateli sociálních služeb (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Profesní rozvoj zaměstnanců

Standard profesního rozvoje obsahuje požadavky na hodnocení zaměstnanců s ohledem na vývoj a naplňování jejich profesních cílů a potřebu dalšího vzdělávání. Dále stanoví, že poskytovatel sociálních služeb musí vytvořit program dalšího vzdělávání pro své zaměstnance, systém výměny informací mezi nimi, systém ocenění zaměstnanců a zajištění podpory nezávislého odborníka pro pracovníky, kteří se podílejí na přímé práci s uživateli sociálních služeb (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Prostředí a podmínky

Tento standart odkazuje na to, že poskytovatel zajistí podmínky (materiální, technické, hygienické) přiměřené poskytované službě a zajistí důstojné prostředí odpovídající potřebám osob (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Nouzové a havarijní situace

Toto kritérium se týká samotné definice určitých situací a vytvoření postupu pro jejich řešení. Poskytovatel sociálních služeb musí vytvořit postup pro řešení těchto situací a zajistit, aby byl tento postup známý zaměstnancům. Poskytovatel musí také vytvořit podmínky pro to, aby pracovník byl schopen tyto postupy používat (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Těmito právními předpisy si každý poskytovatel sociálních služeb vytváří svůj vlastní interní systém, který určuje pravidla pro jednotlivé standardy. Legislativa tedy představuje jednu ze složek hierarchie, která, i když nepřímo, ovlivňuje práci s uživatelem a poskytuje rámec kritérií pro poskytovatele sociálních služeb (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Organizace musí jasně definovat své poslání, cíle služeb a způsoby, jak je dosáhnout, aby dosáhla požadované kvality. Pokud organizace poskytuje služby péče a podpory osobám s mentálním postižením, musí se zaměřit na dosažení tohoto cíle. To může zahrnovat možnosti výběru spolubydlících, vlastního vaření, praní a návštěv restaurací, volbu terapií, přidělení

kapesného a svobodné vycházky. Uživatelé služeb by měli mít možnost si vybrat zařízení, které odpovídá jejich preferencím, a uzavřít smlouvu o poskytovaných službách, která jasně definuje charakter služby, její náplň, rozsah a cíl, stejně jako podmínky pro její ukončení. Organizace musí také zajistit, aby nedošlo k porušení práv klientů a vytvořit pravidla, která chrání klienty před zneužitím moci a postavení organizace a zaměstnanců vůči nim. Cílem je začlenit osoby s mentálním postižením do běžných a přirozených systémů.

Organizace přijímají pracovníky nejen na základě právních předpisů, ale také na základě potřeb klientů, aby zajistily profesní rozvoj zaměstnanců potřebný pro dosažení cílů a poslání poskytovaných služeb. Zaměstnanci a klienti musí být informováni o postupech a kompetencích při řešení havarijních a nouzových situací.

3.3 Denní a týdenní stacionáře

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby dospělým osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (MPSV, 2020 [online]).

V denním stacionáři jsou poskytované následující služby: terapeutické, edukační, rehabilitační a rehabilitačně-pracovní, sociální, zdravotnické a diagnostické, volnočasové aktivity (Valenta a Müller, 2003).

Cílem denních stacionářů je udržet, zlepšit nebo zachovat kvalitu života lidí s mentálním postižením a poskytnout úlevu pro pečující rodiny nebo osoby blízké. Tuto službu využívají lidé všech věkových skupin, včetně dětí, mládeže, dospělých se zdravotním postižením a seniorů. Některé stacionáře nabízejí programy i pro rodiny klientů (Matoušek, 2005).

Denní stacionáře mohou být pro dospělé s postižením alternativou k chráněným dílnám nebo pracovištím, která jsou zaměřena na pracovní uplatnění lidí s postižením, ale kapacita těchto zařízení v České republice je dlouhodobě nedostatečná.

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (MPSV, 2020 [online]).

4 PRVKY CARE

Metodika CARE se zaměřuje na vytvoření partnerství mezi poskytovateli péče a klienty. Tato metoda by měla být použita u klientů s vážnými psychiatrickými poruchami, kteří neuspěli v tradičních léčebných programech, ale je aplikovatelná i na jiné cílové skupiny. Principy CARE jsou založeny na třech základních principech: pozornost, respekt a empatie (Harris, 2018).

4.1 Principy prvků CARE

Pozornost

Princip pozornosti se zaměřuje na aktivní poslech klienta a poskytování pozornosti jeho potřebám. To znamená, že pracovník se snaží být plně přítomen a soustředit se na to, co klient sděluje, a to nejen slovně, ale i neverbálně. Pracovník se snaží porozumět klientovým pocitům a projevům, aby mohl lépe reagovat na jeho potřeby a přání. Důležitou součástí principu pozornosti je také poskytování zpětné vazby, což může pomoci klientovi získat lepší přehled o svých pocitech a myšlenkách (Harris, 2018).

Respekt

Respekt je jedním z klíčových principů a znamená uznání a ohled k hodnotám, názorům a potřebám klienta. V rámci této metodiky je důležité, aby pracovník projevil úctu ke klientovi a jeho autonomii, a aby bral v potaz jeho preference a cíle. Respekt je důležitý při budování důvěry a může poskytnout pocit bezpečí a jistoty. Tento princip také podporuje klienty k tomu, aby se stali aktivními účastníky své léčby a aby se podíleli na společné práci (Harris, 2018).

Empatie

Princip empatie v rámci CARE se zaměřuje na schopnost pracovníka vcítit se do situace klienta a porozumět jeho prožívání a pohledu na svět. Empatie zahrnuje aktivní poslech, pozornost a soucit ke klientovi, což pomáhá vytvářet vztah založený na důvěře a porozumění. Nejen, že pracovník vnímá a respektuje prožívání klienta, ale také mu umožňuje sdílet své pocity

a myšlenky bez obav z odsouzení. Empatie je důležitým faktorem úspěšného zotavení klienta (Harris, 2018).

Klíčovým autorem CARE je Pierce Harris, britský psychiatr a psychoanalytik, který sehrál klíčovou roli při vývoji této metodiky. V roce 1952 se Harris stal ředitelem nově založeného týmu pro léčbu adolescentních pacientů v Northfield Hospital v Birminghamu. Během své práce s těmito pacienty Harris přišel na to, že tradiční medicínské přístupy k léčbě psychických poruch nemohou plně vysvětlit nebo vyřešit složité psychologické a sociální faktory, které ovlivňují pacienty. Harris si uvědomil, že léčba musí být přizpůsobena potřebám pacientů a musí být založena na kvalitním vztahu mezi pacientem a lékařem.

V 60. letech Harris a jeho kolegové vytvořili prvky CARE. Tato metoda byla založena na třech základních principech: pozornost, respekt a empatie. Tato metoda se stala velmi populární v oblasti psychiatrické péče a byla použita v mnoha různých kontextech, včetně léčby klientů s mentálním postižením.

Podle Harrise (2018) by měli poskytovatelé zdravotní a sociální péče být školeni v používání těchto principů a měli by je aplikovat v rámci individuálních plánů léčby pro každého pacienta nebo klienta. Všichni by měli být aktivně zapojeni do rozhodování o své péči a měli by mít možnost sdílet své zkušenosti a názory s poskytovateli zdravotní péče.

Model CARE je podpůrný vztahový přístup, který má za cíl zlepšovat kvalitu života lidí trpících různými formami onemocnění nebo postižení. Tyto problémy mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé a mohou zahrnovat tělesné i duševní postižení, závislosti nebo traumatické události. Tyto výzvy mohou vést ke ztrátě a různým prožitkům, které ovlivňují kvalitu života. Vznikl s cílem pomáhat klientům naplnit jejich přání na zlepšení nebo udržení kvality života, i v případě, kdy se jedná o celoživotní potýkání se těžkostmi (Hollander, 2020).

Z různých výzkumů vyplývá, že kvalitu života u osob s mentálním postižením ovlivňuje právě přístup rodiny a personálu (Salvador-Carulla a kol., 2011).

Metodika CARE se často využívá v péči o lidi s mentálním postižením, protože poskytuje rámcový způsob, jak vytvářet pozitivní a respektující vztahy mezi lidmi. Níže uvádím několik způsobů, jak se tato metoda využívá v péči o lidi s mentálním postižením:

- Zlepšení komunikace: zaměřuje na vytváření kvalitní komunikace mezi lidmi. V kontextu mentálního postižení může být toto důležité, protože mnoho lidí s mentálním postižením má potíže s porozuměním a vyjadřováním se. Praktiky CARE pomáhají personálu a lidem s mentálním postižením lépe porozumět a komunikovat navzájem.
- Zlepšení vztahu mezi klientem a personálem: Metodika CARE se zaměřuje na vytváření respektujícího a důvěrného vztahu mezi klientem a personálem. Tento vztah může být zvláště důležitý pro lidi s mentálním postižením, kteří mohou mít potíže s důvěrou v druhé lidi.
- Posílení autonomie a samostatnosti: prvky CARE podporují lidi s mentálním postižením v jejich snaze být co nejvíce samostatní. Personál se snaží pomáhat lidem s mentálním postižením při řešení problémů a překážek, ale zároveň respektuje jejich vlastní rozhodnutí a preferenci.
- Podpora emocionální pohody: prvky CARE se zaměřují na podporu emocionální pohody a celkového blaha lidí. Tento přístup může pomoci lidem s mentálním postižením zvládat své emoce a vyrovnávat se s náročnými situacemi (Maben & Maylor, 2019).

Důležité fáze prvků CARE:

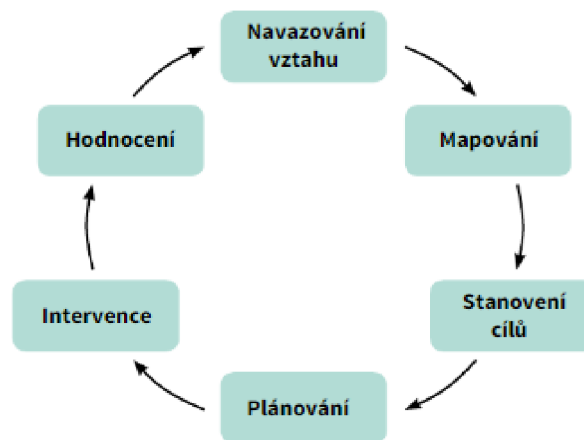
- Budování vztahu – v první fázi je nezbytné otevřít prostor pro spolupráci, profesionál navazuje kontakt a poznává klienta s jeho omezeními a silnými stránkami, začíná shromažďovat relevantní informace o hodnotách, rolích klienta v běžném životě, přáních, jeho aktivitách (Páv a kol., 2017).
- Mapování potřeb – z životního příběhu je možné odvodit důležité silné stránky a podpůrné faktory, které lze zahrnout do osobního profilu, vždy zaměřujeme na rozvoj, kdy osobní profil poskytuje náhled do přání a ambicí klienta, které mohou mít různou podobu, vždy ale směřují do budoucnosti (Páv a kol., 2017).
- Stanovení cílů – důležitým základním je jednat v souladu s přáními, která mají pro klienta velký význam. Jsou to přání, která jsou pro klienta důležitá, protože jsou spojena s potřebami, ambicemi nebo jeho výrazným zaujetím (Páv a kol., 2017).
- Plánování – fázi mapování potřeb, kde stanovíme oblasti k intervenci, začneme vypracovávat s klientem individuální plán. Jako první krok stanovíme dlouhodobý cíl a směřuje k udržení či získání žádané situace, je pozitivně formulován, jasně

pojmenovává osoby, aktivity (kdo co bude dělat). Tento cíl je dlouhodobý a dává klientovi perspektivu do budoucna. Postupuje se od přání k cíli (Páv a kol., 2017).

- Intervence – tato část osobního plánu obsahuje aktivity profesionálních pomáhajících pracovníků. Znamená to, že činnosti zaměřené na podporu ze strany klíčového pracovníka a dalších odborníků jsou začleněny do klientova plánu. Díky tomu lze tyto podpůrné činnosti co nejlépe sladit s přáními klienta a jeho potřebami (Páv a kol., 2017).
- Hodnocení – Učení se zkušeností a ověřování kvality klíčových činností, přizpůsobení spolupráce, tam kde je potřeba (Hollander, 2020).

Obrázek 1

Kolo změny



Proces je opakovaný a cyklický, a důležitější než přesné formulace kroků a plánu je společné započítí práce a aktivní zapojení klienta do tvorby plánu terapie, s ohledem na jeho přání a potřeby ((Páv a kol., 2017).

V rámci práce s lidmi s mentálním postižením je důležité zmínit přístup zotavení (recovery), potvrzení a posílení, které považujeme za velmi důležité.

4.2 Zotavení

V kontextu zotavení (recovery) se prvky CARE mohou použít k podpoře klientů při dosahování svých cílů a zlepšení kvality života. Tento přístup podporuje klienty k tomu, aby se stali aktivními účastníky své léčby a aby se angažovali ve svém procesu zotavování. Také klade důraz na spolupráci mezi klientem a pracovníkem. Pracovník využívá svých zkušeností a odborných znalostí, aby klientovi poskytl podporu a vedení při dosahování jeho cílů. Klient je však aktivním účastníkem léčebného procesu a má prostor sdílet své názory, preference

a cíle. Díky svému důrazu na empatii a respekt ke klientovi se prvky CARE snaží poskytnout pocit bezpečí a důvěry v osobně-profesionální vztah. Tento pocit důvěry může být klíčový pro podporu procesu zotavení u lidí s mentálním postižením (Bohlmeijer, 2007).

Přístup zotavení má různé fáze:

V první fázi je klíčové získat kontrolu nad vlastním postižením. Jak se lidé začínají zotavovat, uvádějí, že jsou schopni přebírat zodpovědnost za svou péči, jako je například osobní hygiena a udržování denního režimu pro jídlo a spánek. To pomáhá s regulačním procesem během zotavování. Mnoho lidí také uvádí, že zapojení se do aktivit, které vnímají jako příjemné, je účinným způsobem, jak zabránit tomu, aby postižení spotřebovalo veškerou jejich energii a čas. Tyto aktivity zvyšují pocit kompetence a pohody a zahrnují pohyb, dobrovolnickou práci a účast v programech duševního zdraví. Je dobré upřednostnit "přirozená prostředí", jako jsou komunitní centra, sportovní kluby nebo komunitní zahrádky, která nemají nálepku institucionální péče (Hollander, 2020).

V druhé fázi, kterou je reorientace, je klíčovým úkolem najít vysvětlení, která pomohou lépe pochopit nemoc a krizi a začít se dívat na věci pozitivněji. Během tohoto období je důležité určit, co je jádrem osobnosti, a to i v případě, že osoba trpí nemocí nebo je zranitelná. To zahrnuje identifikaci vlastních hodnot a kvalit. Může být užitečné, aby se osoba dozvěděla více o své nemoci nebo zranitelnosti a začala hledat vhodné formy podpory. Osoba může navštívit skupiny podobně postižených lidí a zapojit se do svépomocné skupiny. Klient může získat velkou podporu z vnějšího prostředí, které mu poskytne čas a prostor k (re)konstrukci jeho osobního příběhu (Hollander, 2020).

Reintegrace je třetí fází, ve které osoba přebírá role a aktivity, které jsou smysluplné a ceněné. K těmto fázím můžeme ještě přidat čtvrtou fázi, a sice „stabilizaci po reintegraci“. Když lidé dosáhnou určité míry zotavení, je důležité, aby si získanou stabilitu a kvalitu života udrželi (Hollander, 2020).

Důležitou součástí procesu zotavování je zpracovávání zážitků, které narušily stabilitu (Hollander, 2020, s. 205).

V rámci využití metodiky CARE bylo provedeno několik výzkumů, které se zabývaly vlivem využití této metodiky na lidi s mentálním postižením.

Výzkum z roku 2013 se zaměřil na využití Metodiky CARE jako součásti přístupu k zotavení (recovery approach) v komunitních službách pro lidi s mentálním postižením. Výsledky ukázaly, že Metodika CARE může být účinným nástrojem pro podporu zotavování a zlepšení kvality života u klientů (Ridgway a kol., 2013).

Další výzkum se zaměřil na použití Metodiky CARE k redukci stigmatizace lidí s mentálním postižením. Byla provedena intervence, při které byla Metodika CARE použita k vytváření vztahů mezi osobami s mentálním postižením a ostatními lidmi. Výsledky ukázaly, že Metodika CARE může být účinným nástrojem pro snižování stigmatizace a zlepšování kvality života lidí s mentálním postižením (Alexander a kol., 2019).

V roce 2020 byla provedena metaanalýza několika studií, které se zaměřily na použití Metodiky CARE v péči o lidi s mentálním postižením. Výsledky ukázaly, že tato metodika byla spojena se zlepšením psychologického stavu, zvýšením spokojenosti s péčí a snížením rizika sebevražedného chování u klientů (Brown a kol., 2020).

Metodikou CARE jsem se chtěl zabývat právě z výše uvedených důvodů, vnímám, že by model mohl zlepšit kvalitu života lidí s mentálním i kombinovaným postižením v prostředí sociálních služeb v České republice.

4.3 Plán osobní podpory a osobní plán

Plán osobní podpory vede pracovníka k zamyšlení se nad svými silnými a slabými stránkami a tím pádem pracovník pracuje se svojí sebereflexí.

Pomáhající pracovník musí být účelný ve všech fázích procesu, což zahrnuje použití plánu osobní podpory ke zlepšení vztahu s klientem a k získání důležitých informací. I když klient zatím nemá stanovené cíle ani připravený osobní plán, může stále potřebovat odbornou pomoc při vytváření plánu podpory, který může pomáhajícímu pracovníkovi posloužit jako průvodce. Tato situace se může objevit například tehdy, když není možné pracovat s klientem na osobním profilu, osobním plánu nebo jiném společném programu. To může být způsobeno nedostatečnou vzájemnou důvěrou nebo tím, že se klient nachází ve stabilizační fázi (Hollander, 2019).

Část osobního plánu popisuje činnosti pomáhajících pracovníků, což znamená, že podpora poskytovaná těmito pracovníky je přímo zahrnuta do plánu klienta. Toto umožňuje účinné sladění podpůrných aktivit s potřebami a přáním klienta. Samostatný plán péče není nutný, kromě situací, kdy je použit pomáhajícím pracovníkem pro rozepsání svých vlastních strategií a kroků, nebo kdy je vyžadován institucemi pro vykazování výkonů třetím stranám, jako jsou státní úřady nebo pojišťovny (Hollander, 2019).

Při vytváření plánu osobní podpory se snažíme co nejvíce využít informace od klienta, avšak samotný plán sestavujeme sami. Osobní profil poskytuje pevnou základnu pro tvorbu podpory založené na přáních, možnostech a postižení dané osoby. V první fázi CARE, kdy se ještě nedostatečně známe s klientem, se plán osobní podpory soustředí na vytváření vztahu a princip přítomnosti. Během druhé fáze se shromažďují informace a hledá se odpověď na otázku, co je pro klienta v tuto chvíli nejdůležitější. Potřeby a přání klientů se projeví rychleji u těch, kteří jsou schopni se vyjádřit přesně, zatímco u ostatních si musíme nejprve ponořit do jejich života, abychom je pochopili (Hollander, 2019).

Níže přikládáme osobní plán, plán osobní podpory a osobní profil podle Hollandera a Wilkena (Hollander & Wilken, 2019), kterými chceme čtenáři názorně ukázat, jak takové plánování může vypadat.

Obrázek 2

Osobní plán

OSOBNÍ PLÁN © J.P. Wilken a D. den Hollander (2010)		Jméno: Datum:		
Čeho chci dosáhnout (cíl): Proč je to pro mě důležité:				
Co dělám já	Co dělají ostatní	Kdy chci cíle dosáhnout	Datum, kdy jsem cíle dosáhl	Poznámky
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Obrázek 3

Osobní profil

OSOBNÍ PROFIL		Jméno:
<small>© J.P. Wilken a D. den Hollander (2011; převzato od Rapp a Goscha, 2006)</small>		
Současné schopnosti, předpoklady a zkušenosti	Přání a ambice	Schopnosti, předpoklady a zkušenosti v minulosti
	<i>Bydlení</i>	
	<i>Práce, zaměstnání</i>	
	<i>Učení se – vzdělávání se</i>	
	<i>Rekreace – volný čas</i>	
	<i>Zdraví a pocit pohody</i>	
	<i>Péče o sebe a o ostatní</i>	
	<i>Vztahy</i>	
	<i>Bezpečí</i>	
Která přání jsou pro mě nejdůležitější?		

Obrázek 4

Osobní plán

PLÁN OSOBNÍ PODPORY © J.P. Wilken en D. den Hollander (2010)		Jméno klienta: Klíčový pracovník: Datum:
Co klient potřebuje právě teď ve svém životě?		
Čeho chci dosáhnout (cíle):		
<i>Jakým způsobem klienta podporuji</i>	<i>Jakým způsobem podporují klienta kolegové a ostatní</i>	<i>Poznámky</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Využití prvků CARE v péči o lidi s mentálním postižením se samozřejmě může lišit v závislosti na konkrétní situaci a potřebách klienta. Nicméně, všechny tyto způsoby ukazují, jak může pomoci vytvářet pozitivní a respektující vztahy mezi lidmi v této oblasti.

4.4 Komunikační strategie

Pokud je samotná komunikace s klientem z nějakého důvodu obtížná, nebo se jí klient vyhýbá, je potřeba pro vybudování vztahu použít model komunikačních strategií. (Wilken & Hollander, 1996). Model nám dává možnost různých přístupových strategií a možností, jak zlepšit přístup ke konkrétnímu klientovi v konkrétní situaci. Níže uvádíme přehled těchto strategií tak jak je uvedl Wilken a Hollander:

- 1) **Vyhýbání se** – buďte trpělivý, přátelší, udržujte si odstup, pozorujte s kritickým odstupem.
- 2) **Pozorná přítomnost** – otevřený a pozorný přístup, naslouchejte, budujte důvěru prostřednictvím prosté přítomnosti, na vašem názoru v této fázi nezáleží, vžijte se do časové perspektivy druhého člověka.
- 3) **Facilitace** – vytvořte bezpečné prostředí, atmosféru sociální podpory, používejte efektivní komunikační techniky, které odpovídají kognitivním schopnostem klienta.
- 4) **Informování** – rovnocennost v rámci výměny informací, sběr informací o tom, co je pro člověka důležité, dávkování informací, poskytování informací o možnostech.
- 5) **Podpora a povzbuzení** – souhlasná podpora v oblastech sociální a morální podpory, budování partnerství, motivování a povzbuzování, inspirování, upevňování silných stránek a potencialů člověka.
- 6) **Dialog** – dialog zahrnuje strategie 2 až 5, spolupráce v rámci vzájemného partnerství, budování základů pro společné zkoumání, stanovování cílů, plánování a jejich realizaci.
- 7) **Vyjednávání** – vždy v zájmu dotyčného na základě porozumění a důvěry, ve chvíli, kdy je toho člověk schopen a je na to připravený, udržování rovnováhy mezi zájmy člověka, sociální sítě a komunity.
- 8) **Lákání** – podávání informací barvitým způsobem, lákání a zdůrazňování přínosů.
- 9) **Přesvědčování** – podněcování a pobízení, předkládání argumentů, které poukazují na nutnost a nezbytnost.
- 10) **Vynucování** – uvádění důvodů k intervenci, pokud názor pomáhajícího pracovníka/týmu převáží v souvislosti s akutním ohrožením člověka nebo jeho okolí.

Strategie 1 až 3 a 8 až 10 jsou diametrálně odlišné, a měly by být použity jen ve výjimečných případech. Mnohdy se stává že jsou tyto techniky používány velmi často. V CARE bychom měli usilovat především o dialog, jehož podkladem jsou strategie 2 až 5. Někdy je potřeba vynaložit velké úsilí, aby se klient do dialogu zapojil. Umět volně přecházet mezi strategiemi je velmi náročné, a vytváření vazby je dlouhodobý proces. Na strategii je nutné pohlížet jako na kontinuální proces. Samotné navázání kontaktu, vytvoření osobního pouta a dosažení dialogu je provázeno obtížemi, a vyžaduje dlouhodobou přítomnost a trpělivost, kdy dochází k častým neúspěchům.

4.5 Práce s vnějším prostředím

V rámci aplikace prvků CARE do systému sociální péče se nesmí zapomínat na fakt, že nikdy nepracujeme jen s klientem, ale také s prostředím, ve kterém žije. Prostředí má pro zotavení klienta zásadní význam. Pracovník podporuje klienta při utváření nebo zachovávání vnějšího prostředí které vede k jeho spokojenosti. Vnější prostředím myslíme místo, ve kterém klient bydlí, pracuje, tráví volný čas.

Vnější prostředí rozlišujeme na:

- Fyzické
- Sociální

Jak uvádí Hollander a Wilken (Hollander & Wilken 2016, str. 123), abychom klientovi pomohli vytvořit prostředí které je v souladu s jeho přáním, musíme podniknout následující kroky:

- 1) Formulace osobních preferencí související s přáním.
- 2) Vypracování profilu prostředí.
- 3) Uvedení klienta a prostředí do souladu.

V prvním kroku je důležité stanovit, jaké osobní preference náš klient má v přímé souvislosti s jeho přáními týkající se prostředí. Přání je potřeba upřesnit pro výběr vhodného prostředí. Následně lze vypracovat profil prostředí, kdy je dle doporučení vhodné se s klientem do prostředí přímo vydat. Prostředí by mělo vždy nabízet dostatek možností podpory. Dáváme přednost přirozeným zdrojům s rozlišením, zda se jedná o sociální nebo materiální zdroje.

Níže uvádíme formulář profilu prostředí podle Wilkena a Hollandera:

Obrázek 5

Profil prostředí

PROFIL PROSTŘEDÍ <small>© J. P. Wilken a D. den Hollander (1998; 2011)</small>	PROSTŘEDÍ:
Obecná charakteristika	
Zařízení, vybavení a prostředky	
Aktivity	
Lidé	
Specifické podmínky dané prostředím	
Zdroje, které lze využít	
Další informace	
Silné stránky prostředí	
Omezení/slabé stránky prostředí	

Poslední fází je uvedení klienta do souladu s prostředím. Na konci výše uvedeného formuláře je souhrn silných a slabých stránek. Díky tomuto souhrnu se může klient rozhodnout, zdali bude o prostředí usilovat.

Jako velmi podstatnou v rámci práce s prostředím klienta vnímáme analýzu sociální sítě. Sociální sítí můžeme označit všechny pro klienta důležité osoby, které mu dávají podporu pro

jeho spokojený život. Nejedná se ale o jednosměrný proces, naopak jsou osoby pro sebe vzájemně prospěšné. Sociální síť také znamená příležitost k růstu a rozvoji. Výše uvedený profil prostředí obsahuje také prvky sociální sítě. Z toho můžeme usuzovat, že sociální síť se mění v rámci vydefinování nového prostředí. Je proto velmi důležité, aby sociální sítě, staré i nové, byly co nejsilnější. Naopak pokud má klient velmi malou sociální síť, může to vést k jeho izolaci. Naším cílem by tedy mělo být také rozšiřování sítě, a tím klientovi pomoci zapojit se do společnosti. Základním cílem mapování sítě je vždy zjištěním, jak velkou podporu může klient dostat, a její rozšíření a posílení. Při mapování můžeme také zjistit, že ačkoliv má klient velkou síť, její členové jsou spíše pasivní. Díky tomu můžeme zjistit, zda je žádoucí tyto vztahy posílit nebo oživit, anebo právě rozšířit o další osoby které mohou podporu zajistit. Wilken a Hollander (Wilken & Hollander, 2019, str. 130) uvádí tři možnosti, jak zjistit sociální síť klienta, my si je zde uvedeme.

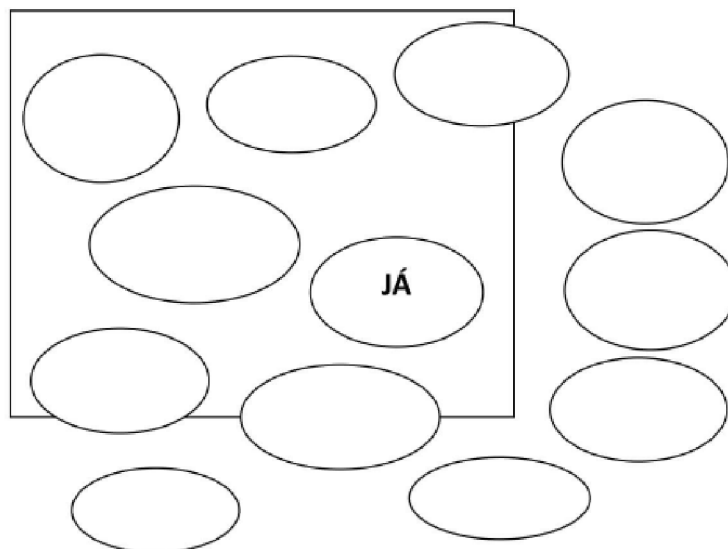
Kruh sociální sítě

Kruh sociální sítě nám umožňuje zmapovat klientovo nejbližší osoby podle důležitosti. Osoby můžeme vzájemně propojit a tím si pojmenovat společné vazby. Můžeme zde také identifikovat, zdali nejsou vztahy jen jednosměrné.

Obrázek 6

Kruh sociální sítě

KRUH SOCIÁLNÍ SÍTĚ



Postup:

1. Do kruhů zapište jména členů sociální sítě. Do závorek uveďte jejich role, např. bratr, matka, soused, kolega. Kruhy nejbližší ke středu zastupují lidi, s nimiž jste nejvíce v kontaktu, kruhy nejbližší k okraji patří lidem, se kterými jste méně ve styku.
2. Nakreslete přímky mezi lidmi, kteří k sobě mají nějaký vztah. Intenzitu jejich kontaktu můžete naznačit silnější nebo tenčí čarou. Můžete použít také šipky, které znázorní, do jaké míry je vztah spíše jednosměrnou, nebo obousměrnou záležitostí.
3. Vedle čar nebo šipek napište pár klíčových slov, jimiž vyjádříte, co pro vás tyto lidé znamenají.

Analýza sociální sítě

Druhou vhodnou metodou rozboru sítě je zmapování rozsahu, kterým je podpora poskytována nebo požadována.

První část analýzy mapuje samotnou sociální síť, kdy se do kategorií zapíší jména, a díky tomu získáme představu o velikosti sítě. Zaměříme se především na kvalitu sítě. Vhodné je také vytvořit seznam pěti nejdůležitějších osob. K tomu je vhodné, jak uvádí Wilken a Hollander (Wilken a Hollander, 2019, str. 132) pokládat klientovi dvě otázky:

1. Co konkrétně pro Vás jejich podpora znamená?
2. Co pro toho člověka/tyto lidi znamená vy?

Obrázek 7

Analýza sociální sítě A

ANALÝZA SOCIÁLNÍ SÍTĚ Část A. Členové, dosah, význam a kontakt <small>© J. P. Wilken (1999; 2011) podle MSNA (Baars, 1997)</small>		Jméno: Datum vyplnění:					
ČLENOVÉ SOCIÁLNÍ SÍTĚ		JAK DŮLEŽITÝ JE PRO VÁS TENTO ČLOVĚK?			JAK ČASTO JSTE S TÍMTO ČLOVĚKEM V KONTAKTU?		
	JMÉNA:	Nijak zvlášť	Důležitý	Velmi důležitý	Vůbec	Občas	Často
Partner							
Děti							
Další příbuzní							
Přátelé							
Spolubydlíci							
Kolegové							
Pomáhající pracovníci							
Ostatní							
Počet							

Druhá část analýzy se již týká lidí, kteří jsou pro klienta důležití, ale nevnímá od nich příliš velkou podporu. Ve vztahu k těmto lidem je opět doporučeno pokládat následující otázky:

1. Přál/a byste si mít s touto osobou častější kontakt nebo od ní dostávat více podpory?
Pokud ano:
2. V čem přesně byste si přál/a, aby vás tato osoba více podporovala?
3. Jak by se toho dalo dosáhnout?

4. Chtěl/a byste poznat nové lidi?
5. Jak by se toho dalo dosáhnout? A pokud ano, v jaké oblasti? (Wilken a Hollander, 2019, str. 132)

Obrázek 8

Analýza sociální sítě B

ANALÝZA SOCIÁLNÍ SÍTĚ Část B. Nejdůležitější lidé a podpora, kterou mi poskytují <small>© J. P. Wilken (1999 - 2011) podle MSNA</small>		Jméno: Datum vyplnění:		
A, Lidé, kteří jsou pro mě velice důležití a poskytují mi velkou podporu	Jména lidí v pořadí podle jejich významu:	Jak podpora od tohoto člověka vypadá a co pro vás znamená?	Jaký význam pro uvedeného člověka máte vy?	
	1,			
	2,			
	3,			
	4,			
	5,			
B, Lidé, kteří jsou pro mě velice důležití a poskytují mi podporu jen příležitostně nebo vůbec	Jména lidí v pořadí podle jejich významu:	1, Přejel/a byste si mít s tímto člověkem častější kontakt nebo od něj dostávat více podpory?	2, V čem přesně byste si přál/a, aby vás tento člověk více podporoval (nebo v čem byste jej chtěl/a více podporovat)?	3, Jak by se toho dalo dosáhnout?
	1,			
	2,			
	3,			
	4,			
	5,			
4, Chtěl/a byste poznat nové lidi? Pokud ano, v jaké oblasti?		5, Jak by se toho dalo dosáhnout?		

Analýza institucionálního zařízení

V rámci zařízení, kde klient žije nebo pobývá je vhodné provést analýzu prostředí. K tomu se v rámci aplikace prvků CARE používá tzv. „Vitamínový profil“. Profil zahrnuje deset „vitamínů prostředí“. Vitamíny jsou v tomto ohledu důležité, protože prostředí pomáhá v rámci zotavení jen za předpokladu, že jsou v něm zastoupeny jednotlivé vitamíny ve správném poměru. Níže si jednotlivé vitamíny uvedeme tak jak je uvádí Wilken a Hollander (Wilken & Hollander, 2019, str. 133).

Deset vitamínů prostředí:

- 1) Možnost ovlivňovat prostředí.
- 2) Možnost využívat dovednosti, které jsou v tomto prostředí důležité.
- 3) Přítomnost cílů, jenž slouží jako vodítka.
- 4) Rozmanitost aktivit.
- 5) Prostředí je přehledné, uspořádané a transparentní.
- 6) Dostupnost materiálních zdrojů.
- 7) Bezpečí.
- 8) Podporující vedení.
- 9) Příležitost k mezilidské komunikaci.
- 10) Hodnotné společenské postavení. (cítil se přijímaný)

Vitamínový model nám umožňuje najít oblasti kde je potřeba prostředí zlepšit.

Obrázek 9

Vitaminový profil

„VITAMÍNOVÝ PROFIL“ PROSTŘEDÍ PODPORUJÍCÍHO ZOTAVENÍ © J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011)				
<p><i>Vysvětlení</i> Každý „vitamin“ prostředí je rozpracován do několika položek. Ke každé položce je přiřazeno skóre na škále. Ne všechny položky lze aplikovat na mapování každého typu prostředí. Některé položky jsou kupříkladu primárně zaměřeny na pracovní prostředí. Ty, které se tak nevztahují k posuzovanému prostředí, přeskočte. Vitamin také musí být přítomen ve správné „dávce“. Ani příliš málo, ale ani příliš moc. Například přehnaná jednoznačnost vyplývající z přemíry pravidel a nařízení může vést k rigiditě. Naopak příliš mnoho variant, co je možné dělat, může vést k chaosu. Příliš velká nabídka alternativ může znemožnit výběr.</p> <p>Skórování: * Dobré: tato položka je v pořádku. * Zaslouhuje pozornost: tato položka vyžaduje pozornost, ale ještě ne konkrétní zásah. Může jít například o to, že vitamin je v zásadě přítomen, ale není mu věnován dostatek vědomé pozornosti. Může jít také o situaci, kdy hrozí „předávkování“ vitaminem. * Vyžaduje změnu: tato položka není v pořádku a je třeba něco udělat!</p> <p>Závěry jsou shrnuty na konci analýzy, kde jsou specifikovány položky vyžadující změnu.</p>				
1	Možnost ovlivňovat prostředí	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Klienti se mohou podílet na rozhodování ve věcech, které jsou pro ně důležité			
	Klienti se mohou vyjadřovat k určování pravidel			
2	Možnost využívat dovednosti, které jsou v tomto prostředí důležité	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Zdroje a prostředky jsou dostupné a dá se s nimi pracovat.			
	Je k dispozici dostatek času na využití či trénování dovedností.			
	Je k dispozici podpora při uplatňování příslušných dovedností.			
3	Přítomnost cílů, jež slouží jako vodítko	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Prostředí má jasný cíl a směřování.			
	Cíl je ve shodě s vizí zotavení.			
	Jednání personálu je ve shodě s cílem. Pomáhající pracovníci vycházejí z toho, že zotavení je vždy možné, a zajišťují soulad mezi cíli klienta a cílem prostředí.			
4	Rozmanitost v oblasti jednání	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Prostorové uspořádání umožňuje dostatečnou rozmanitost v jednání či aktivitách.			
	Existuje tu podpora nebo (eventuálně) jsou klienti nasměrováni k dalším možnostem podpory tak, aby jim bylo umožněno využít co nejširší škálu možností nabízených prostředím.			
5	Přehledné prostředí: uspořádané a transparentní	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Zařízení má jasně danou strukturu (denní program atd.).			
	Komunikace v rámci zařízení je transparentní.			

„VITAMÍNOVÝ PROFIL“ PROSTŘEDÍ PODPORUJÍCÍHO ZOTAVENÍ

© J. P. Wilken a D. den Hollander (1999; 2011)

	Informace jsou jasné.			
	V případě potřeby jsou poskytnuta jasná vysvětlení nebo instrukce.			
6	Dostupnost materiálních zdrojů	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Klient má zajištěnu střechu nad hlavou a další základní životní potřeby.			
	K dispozici je finanční odměna.			
	K dispozici je (odpovídající) pracovní vybavení.			
	Je možnost dopravního spojení.			
7	Bezpečí	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Je tu uspokojivá úroveň fyzického bezpečí.			
	Je tu uspokojivá úroveň emocionálního bezpečí.			
8	Podporující vedení	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Je přítomen vedoucí pracovník, který jedná z perspektivy konceptu zotavení.			
	Vedoucí pracovník podporuje hledání individuálních řešení a rozvoj všech přítomných, řídí empatickým a srozumitelným způsobem, svým chováním podporuje personál i klienty.			
9	Příležitost k vzájemné komunikaci	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Je dostatek příležitostí k interakci a vzájemné podpoře.			
	Aktivně se podporují a posilují dobré mezilidské vztahy.			
10	Hodnotné společenské postavení	dobré	zasluhuje pozornost	vyžaduje změnu
	Klienti vnímají respekt okolí k tomu, kým jsou jako lidé.			
	Klienti vnímají respekt okolí k tomu, co dělají.			
Nedostatek vitaminů		Cíle/kroky ke zlepšení kvality prostředí		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		
4.		4.		
5.		5.		

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část je rozdělena do tří částí. První část se věnuje metodologickým východiskům výzkumu, včetně vymezení výzkumného problému, stanovení cíle a otázek šetření a popisu výzkumného prostředí, souboru a metod získávání dat. Druhá část analyzuje a interpretuje získaná data pomocí vybraných kvalitativních metod. Poslední část diplomové práce se věnuje diskusi výzkumného šetření. Odpovídá na výzkumné otázky, hodnotí výzkum a vymezuje případné limity výzkumu v diplomové práci.

5 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metodologická část se zaměřuje na specifikaci tématu výzkumu a udává cíl výzkumného šetření včetně jeho. Je zde obsažena konceptualizace výzkumného problému, popisuje design výzkumného šetření a poskytuje základní informace k němu. Následně se věnuje popisu charakteristik výzkumného prostředí a vzorku respondentů. Jsou zde vysvětleny způsoby a metody sběru dat a jejich následná analýza.

5.1 Vymezení výzkumného problému

Záměrem diplomové práce je zjistit, v jakých oblastech pracovníci v sociálních službách v rámci denního a týdenního stacionáře vnímají problém v rámci poskytované péče. Výzkumná část diplomové práce má pomoci najít vhodný směr možných změn, vydefinovat základní i hlubší problémy za pomoci náhledu těch, kteří přichází do styku s cílovou skupinou nejčastěji. Výzkumný problém se tedy vymezen na nalezení dílčích témat v rámci poskytované péče a návrhu zavedení principů CARE.

5.2 Cíl výzkumného šetření

Stanovením cílů se zaměřujeme na možnosti a limity existující při péči o klienta s mentálním nebo kombinovaným postižením.

Záměrem autora je ukázat z pohledu pracovníků v sociálních službách problematické oblasti, které brání dosažení kvality život a jakým způsobem lze pro tento cíl využít prvky CARE.

Hlavní cíl výzkumu:

Zjistit, v jakých oblastech mohou prvky CARE zlepšit poskytování sociální služby týdenního a denního stacionáře.

K naplnění tohoto cíle autor musel nejprve získat odpovědi na tyto otázky:

Výzkumná otázka 1: Jaké témata účastníci výzkumu vnímají jako nejvíce problematické v rámci poskytované péče?

Výzkumná otázka 2: Jak účastníci výzkumného šetření přistupují ke klientovi?

Výzkumná otázka 3: Jak účastníci výzkumného šetření spolupracují s rodinou v rámci kombinované péče?

5.3 Design výzkumného šetření

Rozhodnutí o tom, zda si výzkumník zvolí kvantitativní nebo kvalitativní metodologický výzkum se nesmí řídit osobní inklinací. Ani nesmí být prvním krokem v řešení problému. Právě naopak, měl by být důsledkem jeho důkladné analýzy. Rozhodnutí o metodologii vyplývá z charakteru výzkumu a povaze dat, které je možné získat. (Ferjenčík,2000).

Miovský (2006, s. 18) definuje kvalitativní formu jako přístup, který využívá „...*principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“.

Vzhledem k tématu práce a počtu respondentů má výzkum kvalitativní design. Po nastudování odborné literatury byly ke zpracování výzkumného projektu použity techniky: analýza primárního prostředí, aktivní pozorování v různých situacích, studium odborné literatury, organizace ohniskové skupiny.

Kvalitativní výzkum se snaží porozumět jednání aktérů a sociálním strukturám, v nichž se toto jednání uskutečňuje. Studuje, co lidé dělají, jak o tom hovoří, jak tomu rozumějí, jak to prožívají, jak jsou významy i praxe ovlivňovány prostředím, lidským (sociálním) i ne-lidským (příroda živá i neživá, lidské výtvořiny), a naopak, jak toto prostředí ovlivňují, vytvářejí. Kvalitativní výzkum je procesuální, je založen na vzájemném vztahu různých aktérů, resp. subjektů výzkumu. Je situovaný, otevřený, pružný a flexibilní. Analýza a interpretace dat je přímo závislá na povaze dat a teoretickém zázemí výzkumu s ohledem na aspekty intersubjektivní (Novotná, 2019, s. 286).

Miovský (2006, s. 18) definuje kvalitativní formu jako přístup, který využívá „...*principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod*“.

Švaříček a kol. (2007) uvádí, že smyslem empirického designu, tj. sběru skutečných údajů vztahující se k objektu, je podrobné zkoumání a porozumění případu v přirozeném prostředí.

Všeobecně platí, že v mnohých případech je možné na výzkumné situace aplikovat na všechny výzkumné strategie (např. v exploračním výzkumu) Mezi výzkumnými strategiemi neexistuje jasná hierarchie a každá má svoje přednosti nebo nedostatky. Jsou určeny třemi dimenzemi:

- typ výzkumné otázky
- kontrola probíhajících událostí
- zaměření na současné nebo minulé události (Hendl, 2016).

5.4 Etické aspekty výzkumného šetření

„Etická pravidla výzkumu se uplatňují ve všech jeho etapách: v přípravě, realizaci, interpretaci a prezentaci dat. Zdůrazňují se především pravidla týkající se aktérů výzkumu, od začátečních kontaktů přes informovaný souhlas až po publikování získaných dat. Zavazují však i výzkumníka respektovat své spolupracovníky a podat ucelenou informaci o průběhu výzkumu vědecké komunitě i dalším uživatelům.“ (Mišovič, 2019, s. 78)

V rámci každého výzkumu je potřeba řešit také určité etické otázky, kterými by se měl výzkumník zabývat v souvislosti s výzkumem. Nejméně se jedná o uveřejnění závěrů z výzkumu, Etická rovina souvisí se všeobecnými principy, které jsou v jednotlivých vědách formulované formou etických zásad. Důvěra, informovaný souhlas, zpřístupnění účastníkům výzkumu. Důvěrou se rozumí, že zveřejněná data není možné pro širokou veřejnost spojit s účastníkem výzkumu a výzkumník musí tuto zásadu důsledně dodržovat. (Švaříček a kol., 2007).

Výzkumník by se měl také ve výzkumu zachovat objektivní náhled. Pokud odhalí informace, které jsou v rozporu s jeho představami, nesmí podlehnout pokušení je upravovat, měnit, případně selektovat. Považuje se to za nejzávažnější selhání výzkumníka. (Mioviský, 2006).

Před realizací výzkumného šetření byli všichni respondenti ujištěni o důvěrném zacházení s jejich osobními údaji. Součástí etického aspektu je i informovaný souhlas, který mi podepsali. Většina respondentů vyjádřila obavy z rozpoznání osoby vzhledem k probíhajícímu pracovnímu poměru a malému počtu klientů stacionáře. Podmínkou účasti na výzkumném šetření byla plná anonymita. Originální podepsané verze informovaného souhlasu si ponechám po nezbytně nutnou dobu. Účastníci výzkumu byli obeznámeni se zachováním anonymity, proto nebudou uvedeny jejich osobní údaje, ani přepsané záznam ohniskové skupiny.

5.5. Výzkumný soubor

Výzkumné šetření předkládané diplomové práce bylo zaměřeno na úzkou skupinu osob v počtu šesti respondentů. Všichni respondenti vykonávají náročnou činnost aktivizačních pracovníků v sociálních službách nebo přímou obslužnou péči. Výzkum probíhal v přirozeném prostředí, tak aby docházelo k přímé interakci se zkoumaným jevem z důvodu co nejhlubšího pochopení konkrétních situací, v nichž se účastníci výzkumu vyskytují. Výběr respondentů byl realizován metodou záměrného výběru dle pracovního zaměření, a tím i vhodnosti k účasti na ohniskové skupině.

Mioviský (2006) tuto metodu popisuje jako výběr potenciálních účastníků, kteří splňují určitá stanovená kritéria a jsou tedy pro výzkum vhodní, a zároveň jsou ochotní se do výzkumného šetření zapojit. V tomto případě bylo hlavní kritériem, jak je uvedeno i výše, pracovní zařazení

na pozici pracovníka v sociálních službách uvedených sociálních služeb, nebo pozice metodika sociální služby.

5.6 Výzkumné prostředí

Denní a týdenní stacionář

Výzkumné šetření se týká vybraného denního a týdenního stacionáře. Zřizovatelem stacionáře je město s třiceti tisíci obyvateli. Byl registrován v roce 2007 po částečné transformaci. Před rokem prošla budova stacionáře kompletní rekonstrukcí.

Stacionář je určen dospělým osobám s mentálním nebo kombinovaným postižením s kapacitou deseti osob, v rámci denního stacionáře lze ale umístit osoby již od 15 let. Složení klientů jak v oblasti věku, pohlaví tak diagnózy. Aktuálně užívá týdenní stacionář šest mužů a čtyři ženy, denní stacionář pět mužů a jedna žena. Všichni klienti mají diagnostikovanou střední mentální retardaci s přidruženým postižením, většinou epilepsií, spastickým onemocněním apod. V denním stacionáři je nasmlouván větší počet klientů, ale v jeden okamžik může být péče poskytnuta jen čtyřem osobám zároveň. Do stacionáře nemůže být přijata osoba bez diagnostikované mentální retardace, a zároveň nemůže být přidružené psychiatrické onemocnění. Dále se klient musí řídit pravidly především v ohledu společenského soužití, pokud jsou tyto pravidla dlouhodobě porušována dojde k ukončení smlouvy. Smysl stacionáře je v komunitním soužití, takže agrese k ostatním nebo nerespektování soukromí nemůže být tolerováno. Klienti mají různé schopnosti a dovednosti v závislosti na délce poskytování služby, výchovného modelu z rodin ale také na rozsahu svého postižení. Jejich samoobsluha je zde podporována a aktivity se primárně zaměřují na získání nebo udržení těchto dovedností. Sociální dovednosti se podporují v rámci terapeutické dílny – kavárny, kam klienti dobrovolně docházejí jednou týdně na dvě hodiny. K dispozici je také rozsáhlá zahrada kde klienti chovají drůbež a skleníky pro pěstování rostlinných produktů, které pak používají při samostatném nebo skupinovém vaření.

6 KVALITATIVÍ DESING VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vzhledem k potřebě hlubší analýzy ve smyslu získání podrobnějších informací o zkoumaném jevu byly za hlavní metody sběru dat empirického výzkumu použita ohnisková skupina (focus group) a zúčastněné pozorování.

Primární metodou získávání dat využitou v této práci byla metoda ohniskových skupin. Podstata ohniskových skupin spočívá ve studiu komplexních témat zahrnující mnoho náhledů a zkušeností. Vedení skupinových rozhovorů umožňuje získávat data za využití skupinové dynamiky a interakcí. Výhodou je i zjištění, jak účastníci ohniskové skupiny probírané téma prožívají, a proč ho takto prožívají.

„Zkušenosti ukazují, že při dobře vedené skupinové diskusi se uvolňují racionalizační schémata a psychické zábrany a diskutující snadněji odhalují své postoje a způsoby jednání, své myšlení a pocity v běžném životě.“ (Hendl, 2016, s. 186)

Výhodou této formy je bezesporu nízkonákladovost sběru dat, kdy za poměrně krátký časový úsek získáme informace od několika lidí najednou. Snadno můžeme získat představu o širokém rozsahu sdílených názorů a postojů k danému tématu. Nevýhodou je vysoká zatíženost výzkumníka v pozici moderátora skupiny, kde je limitován svými schopnostmi. Další nevýhodou může být určitá korektnost respondentů k danému tématu, nebo také menšinový názor, který nebude raději vysloven. Z tohoto důvodu by bylo nejlepší složit ohniskovou skupinu z respondentů kteří se vzájemně neznají. To nebylo v rámci této diplomové práce ale možné a bylo zde riziko možných etablovaných sociálních vztahů a odlišné dynamiky. (Švaříček a Šed'ová, 2014, s. 191)

Z výše uvedených nevýhod ohniskových skupin byla zvolena sekundární metoda zúčastněného pozorování. Zúčastněné pozorování může zvýšit validitu výzkumu, propojit jednotlivé souvislosti, a především ověřit hypotézy nebo informace které získal primární metodou (DeWalt a DeWalt 2011).

Při tvorbě a realizaci ohniskových skupin Hendl doporučuje dodržovat určité fáze. Jako podstatné uvádí dostatečně vysvětlit proces a důležitost aktivity každého z účastníků. Důležitá je také motivační fáze a přinesení zajímavých témat v průběhu diskuze pro udržení směru (Hendl, 2016).

„Strategii mohou být odlehčující podtémata, která se sice zpravidla nevztahují k hlavnímu ohnisku, ale přimějí nominované osoby k aktivní účasti. Pokud se tato úvodní fáze daří moderátor postupně začíná přidávat zamýšlené otázky a problémy. Původní široký rámec diskuse pak nenásilně zužuje do požadované roviny.“ (Švaříček a Šeďová, 2014, s.189)

Schéma ohniskové skupiny výzkumného šetření dle doporučení Hendla (2016):

1. Příprava

- a) Potvrzení účasti
- b) Zajištění vhodných prostor, občerstvení, písemný informovaný souhlas se záznamem diskuse
- c) Kontrola záznamového zařízení

2. Organizace a začátek skupinové diskuse

- a) Moderátor uvede problém a svou roli
- b) Moderátor upozorní na záznamové zařízení a nechá podepsat informované souhlasy

3. Moderátor popíše základní pravidla

- a) Je žádoucí, aby vždy mluvil jen jeden z vás.
- b) Nejde o špatné nebo dobré odpovědi. Všechno je zajímavé.
- c) Diskuse se účastní všichni přítomní, nikdo nemá dominantní roli.
- d) Každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, nemá ale právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat. 7
- e) Každý má právo odmítnout odpověď, každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat.
- f) Je vhodné i nesouhlasit, každý má nějaké mínění.

4. Moderátor zahájí diskusi a představí základní témata dle výzkumných otázek

5. Závěr diskuse

- a) Moderátor shrne hlavní body diskuse otázkou, zda chce ještě někdo něco dodat.
- b) Moderátor poděkuje za účast, rozloučí se s účastníky a ukončí diskusi.

6.1 Analýza dat

Z realizované ohniskové skupiny a nashromáždění výzkumných materiálů v podobě audiozáznamu na mobilním telefonu, následoval proces transkripce. Při přepisu byla z vyjádření částečně odstraněna přebytečná nebo opakující se slova, případně upravena větná

skladba bez změny vyznění sdělení. Jak uvádí Hendl, je toto možné provádět tam, kde je důležité zachytit především tematické sdělení, a ne jeho úroveň. (Hendl, 2016).

Výsledná data byla analyzována za pomoci metody otevřeného kódování. Díky kódování se z neagregovaných dat vytvořily datové segmenty, se kterými mohl autor práce dále pracovat. Následně mohlo dojít ke kategorizaci. „Kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu nebo (významové jednotky se z různé části překrývají), nebo jinému jevu nenáleží“ (Miovský, 2006, s. 228-229).

Při analýze nebylo využito předem připravených kódů, ale vznikali postupně podle významů v textu. Při kódování ohniskové skupiny byla brána její specifika, především tedy to, jestli byl kód zmíněn u všech respondentů, nebo případně kolik respondentů daný kód zmínilo. Vzhledem k tomu že výzkumné šetření je kvalitativního charakteru, nebyl výsledek vyjádřen v procentech, ale byl shrnut do obecných deskriptivních témat. Témata jsou doplněna tabulkou kategorií s přiřazenými kódy a také partikulárními ukázkami citovaných postřehů účastníků skupin. Z důvodu toho, že ohnisková skupina probíhala smíšeně s pracovníky týdenního a denního stacionáře, a to pro jejich vzájemnou provázanost a spolupráci, byli v rámci citací respondenti rozlišeni označení „OS1“ pro týdenní stacionář a „OS2“ pro denní stacionář. Uvedené výsledky jsou podpořeny postřehy, které byly získány ze zúčastněného pozorování, které sloužilo k propojení souvislostí a také k ověření získaných informací ve věci zkoumaného jevu.

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny nejčastěji zmiňované kódy které jsou součástí deskriptivních témat na základě nejčastějšího užití při ohniskové skupině. V levé části tabulky je představeno deskriptivní téma s přidělenými kódy, sloupec vpravo představuje absolutní užití kódu, tzn. kolikrát byl kód zmíněn v rámci ohniskové skupiny.

Tabulka 1

Tabulka kódů a témat

Deskriptivní téma	Název kódu	Počet	Zakódovaný text
--------------------------	-------------------	--------------	------------------------

Motivace	Lenost	8	... prostě líní... OS1, ... pracuji sama... OS1, ... přestane bavit... OS1, ... uklidit si po sobě... OS2, ... nechtějí se naučit... OS1 ... mají možnost ale... OS2 ... nejsou schopni... OS1 ... život obskakovat. OS1
	normálnost	8	... chovat se k nim... OS2 ... přistupovat... OS1, ... mluvit s nimi ... OS1, ... brát je... OS2 ... v obchodě s nimi mluví jako... OS2... ... dcera se k nim chová... OS1 ... občas i ten personál... OS2 ... nemůže pracovat... OS1
	pracovní návyky	5	... nemají... OS1 ... nejsou z domova zvyklí... OS1 ... špatné... OS2 ... vše se jim... OS1 ... nemůže hned... OS2
	disciplína	4	... musí se naučit... OS1 ... vždyť oni nemají... OS1 ... z domova... OS2 ... když mají doma... OS1
Potřeby	Bezpečí	6	... oni se necítí... OS1 ... ten domov tady by... OS1 ... aby mohli říct... OS2 ... někdy se bojí... OS1 ... moc na ně tlačím... OS1 ... nikdo nepodpoří... OS1
	vlastní názor	4	... aby mi klient... OS1 ... někdy taky řekl... OS1 ... oni jsou zvyklí... OS2 ... nemají na výběr... OS1
	Vztahy	3	... jsou bezpohlavní... OS2 ... ten vztah... OS1 ... sexuální asistentka... OS1
	Svoboda	4	... není schopen... OS1 ... sami se rozhodovat... OS1 ... říct si co chtějí... OS2 ... rozhodnout se sami... OS1
Konflikt	nadřazenost	3	... potřebu kecat... OS1 ... normální život... OS2 ... je úplně jedno... OS1
	přílišná péče	7	... většinou se nedaří... OS2 ... jak jsme si mohli... OS1 ... zase o víkend... OS1 ... myslí si... OS1 ... jen pečovat... OS1 ... vše za ně dělat... OS1 ... mají představy... OS2
	střet zájmů	2	... furt si na mě ... OS1 ... přinese z domova... OS1
	Dospělost	4	... je svéprávná... OS1 ... nemá možnost... OS1 ... malé děti... OS2 ... oni ani nechtějí ... OS1
Komplikace	definice rolí	3	... furt si nás pletou... OS1

			<i>...jsme tam od asistence... OS1</i> <i>... nejsme maminky... OS2</i>
	Frustrace	4	<i>... všichni se snažíme... OS2</i> <i>... cítím se unavená... OS1</i> <i>... mám pocit že dělám... OS2</i> <i>... je to furt dokola... OS1</i>
	neochota spolupracovat	2	<i>... ideální je když... OS2</i> <i>... kde se diskutovalo... OS1</i>
	Změny	4	<i>... neochota udělat ... OS1</i> <i>... pro ty rodiče je ... OS1</i> <i>... často nechtějí slyšet... OS2</i> <i>...</i>
Komunikace	společný zájem	3	<i>... měli bychom vést... OS1</i> <i>... chceme všichni... OS1</i> <i>... je náš cíl... OS2</i>
	informovanost	2	<i>... hned poučit... OS1</i> <i>... být upřímný... OS1</i>
	spolupráce	4	<i>... když se hned domluvíme... OS2</i> <i>... se měl scházet... OS1</i> <i>... společné aktivity... OS1</i> <i>... organizovat setkání... OS1</i>
	cíl služby	4	<i>... mělo by se hne dna začátku říct... OS1</i> <i>... někdy si pletou... OS1</i> <i>... nechtějí abychom... OS2</i> <i>... ten cíl by měl být... OS2</i>
Výhody	seberealizace	5	<i>... nového se naučit... OS1</i> <i>... se dějou divy... OS1</i> <i>... chtěla by chodit... OS2</i> <i>... výstavu obrazů... OS1</i> <i>... prodávat co udělala... OS1</i>
	Uplatnění	4	<i>... můžou pracovat... OS1</i> <i>... být prospěšný... OS1</i> <i>... mají pak pocit... OS2</i> <i>... pak chtějí sami... OS1</i>
	odlehčení rodině	5	<i>... ten rodič si odpočine... OS1</i> <i>... má víc času na sebe... OS1</i> <i>... může pracovat... OS2</i> <i>... věnovat se zbytku rodiny... OS1</i> <i>... se jim uleví... OS2</i>
	získání nových zkušeností	2	<i>... přístupný změně... OS2</i> <i>... po roce je jinde... OS2</i>

V níže uvedené tabulce jsou dále uvedeny problematické oblasti které byly zjištěny v rámci zúčastněného pozorování.

Tabulka 2

Témata zúčastněného pozorování

1.	Péče úzce zaměřená s malou podporou seberozvoje a samostatného života.
2.	Nedostatečné zjišťování potřeb a přání klientů.
3.	Uspokojování vlastních zájmů ze strany pracovníků.
4.	Občasný nerespektující přístup v rámci dospělosti klienta.
5.	Vytváření tlaku při motivování klienta.
6.	Nedostatečné navázání vztahu z pozice klíčových pracovníků.

6.2 Interpretace dat z ohniskové skupiny

Ohnisková skupina proběhla v listopadu 2022 v počtu sedmi účastníků. Skupiny se účastnili všichni zaměstnanci denního a týdenního stacionáře společně s metodikem zařízení. Skupina byla v délce devadesáti minut, s jednou přestávkou o deseti minutách. Všichni účastníci se aktivně zapojovali a vzájemně diskutovali. Bohužel ačkoliv moderátor v úvodu skupiny upozorňoval na nežádoucí téma v rámci funkčnosti organizace, pravidelně se vyjádření opakovaly. Tyto témata nebyla zahrnuta do výsledků šetření z důvodu neúčelnosti. Dalším tématem, které nebylo zahrnuto do deskriptivních skupin je „*dostatečné proškolení zaměstnanců*“, které ačkoliv bylo reflektováno jen jedenkrát, jeho důležitost je stejně velká jako ostatní podněty. Dostatečné proškolení pracovníků v sociálních službách je předpokladem pro kvalitní poskytování sociální služby.

Způsoby motivace klienta v rámci stacionáře

Tabulka 3

určená kategorie s přiřazenými kódy

Motivace:	Lenost	normálnost	pracovní návyky	disciplína
------------------	--------	------------	-----------------	------------

Častým společným tématem ve výzkumném projektu byla neschopnost dostatečně motivovat klienty, a to jak v oblasti pracovního začlenění, tak i v rámci základních sebeobslužných činností. Většina účastníků ohniskové skupiny uváděla jako hlavní příčinu především chybějící

pracovní návyky, a to již ze strany pečující osoby nebo následkem střídání různých forem sociální služby. Z výpovědi účastníků bylo patrné, že klienti stacionáře jsou závislí na neustálé přítomnosti pracovníků, kdy jim kdykoliv pomohou, vše zajistí a zařídí. Nemusí si sami shánět jídlo, zajišťovat finanční ani materiální prostředky a mít zodpovědnost. „...*to oni jen sedí, my jim vše připravíme uklidíme po nich. Nedokážeme jim vysvětlit, že jsou tu přece doma, a tak by se o ten domov měli starat, jsou prostě líní. Jsem z toho už vyhořelá*“ (OS 1). Důležitou roli hrálo také zjištění, že většina klientů velmi brzy opustila vzdělávací instituce, a plynule nenavázala na pracovní začlenění. Účastníci ohniskové skupiny uváděli jako možný důvod období nečinnosti od povinné školní docházky na základní, praktické nebo zvláštní škole, a tím vznik demotivace od seberealizace. Samotný průběh vzdělávání nepovažují účastníci jako důležitý faktor, naopak za důležité považují získávání zdravých pracovních návyků a disciplíny ještě před nebo souběžně s počátkem využívání služby. „*Já vidím velký rozdíl u klientů, kteří mají doma prostě nějaký režim, kde musí pomáhat, zapojovat se, a u těch co se nechávají celý život obskakovat*“ (OS 1). Velkým negativním faktorem zde hraje i fakt, že zařízení je umístěna na okraji města, s čím souvisí izolovanost a omezení možnosti poznat okolní svět a seznámit se s ním. Mimo zařízení stacionáře chodí klienti pouze nakupovat a za kulturními aktivitami, s doprovodem personálu a společně s ostatními klienty. Vycházky do města a samovolný pohyb mimo areál je důležitý nejen pro sociální kontakt, ale také pro budování samostatnosti. Zde vnímáme jako velký handicap zařízení fakt, že ačkoliv je prostředí velmi přívětivé díky prostorné zahradě, tak prostory zároveň uživatele omezují v možnostech sociálního kontaktu. „*Co tu pracuji snažím se tady vytvořit plnohodnotnou a soběstačnou zahradu. Chtěla bych abychom tu všichni pracovali, z toho, co si vypěstujeme pak třeba vařili nebo to i prodávali. Dopadá to, ale tak že tam pak pracuju sama, a oni na mě koukají na lavičkách*“ (OS 1).

Jak je ale patrné z výpovědí, často se stává že vize nebo potřeba pracovníka může zastínit samotný zájem klienta. „*Já když se někdy slyším, co těm klientům říkám nebo vidím co dělám, být svým vedoucím tak se vyhodím, fakt někdy tlačím až moc*“ (OS 1). Snaha o motivování klienta s nesprávným cílem může vést k budoucí neochotě spolupracovat. Neméně důležité je přistupovat ke klientovi jako k rovnému jedinci. „*Občas jsem brávala dceru do práce, nebo na různé akce kam s nimi jezdíme, a ona se k těm klientům chovala jako ke spolužákům nebo kamarádům. A oni se najednou chovali úplně jinak, jak kdyby byli jako ona, normální*“ (OS 1). V rámci zúčastněného pozorování i z výpovědi účastníků ohniskové skupiny bylo také vyzorován nesoulad všech zúčastněných stran. Velmi často se stávalo, že ačkoliv

se klíčový pracovník snažil aktivně motivovat klienta, setkal se s negativní reakcí ze strany pečující osoby. „...jsem pracovala s ***** na plánu, kdy by si udělal kurz na masáže, a když už to vypadalo dobře a vše jsme zajistili, tak přijel z víkendu a říká: máma říká že nemůžu pracovat, protože jsem postižený. Tak to bych se na to vykašlala. Byl by skvělý masér i když má zrakové postižení“ (OS 1). V návaznosti na výše uvedení je potřeba také uvést ochránářské nastavení pečující osoby, kdy vzniká tlak na bezpečí klienta, díky kterému dochází také k určité izolaci. Zde autor vnímá chybějící komunikaci již v době uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby, které je věnováno předchozí téma.

Z interpretace výzkumného šetření je patrné, že klienti neznají především hodnotu práce, kdy jí klienti dle řadí do nejnižších příček nad ostatní potřeby. Ze zúčastněného pozorování bylo patrné, že ze všech klientů týdenního stacionáře má přání pracovat jen jedna klientka, a to bez nějakého specifického zaměření nebo vydefinované vysněné práce. Její motivací byla především potřeba finančního ohodnocení pro možnost odchodu z týdenního stacionáře do navazující služby podporovaného bydlení. Z vyjádření účastníků ale v tomto případě klientka narážela na nedostatečnou podporu pečující osoby a také na velmi omezenou nabídku pracovních příležitostí. „...jo to ona má sen, že by pracovala, ale nemá kde. Nemůže hned někam do provozu, už je starší a nezvládla by to, a nikde nic na pár hodin denně nebo třeba jen půlku týdne není“ (OS 2). Zde vnímáme jako klíčový problém neprovázání instituce se službami, které by jim pomohly s pracovním uplatněním.

Vhodné by zde bylo i kariérní poradenství, které by mohlo pomoci už v době přechodu ze školy do pracovního prostředí. Po sléze zůstává návrh nebo výběr možného pracovního umístění na pracovních stacionáře, který opět nemusí korespondovat s přáním klienta. Vhodná by zde byla i spolupráce s obecně prospěšnými společnostmi v rámci zřizovatele. Vnímáme zde omezenost volného pracovního trhu a nedostatek podporovaného zaměstnání. Jako velmi pozitivní zkušenost výzkumné šetření ukazuje zřízení sociálně terapeutické dílny, kde klienti za podpory pracovníků získávají zdravé pracovní návyky. Možným negativem zde zůstává určitá stagnace a nemotivovanost k dalšímu progresu, kdy si klient pojme nácvik jako plnohodnotné zaměstnání bez další získané zkušenosti. „Kavárna je super, akorát mě šťve že se pak nikam neposunou, oddělají si tam dvě hodiny týdně, někdy víc a tím to končí. A po nějaké době je to přestane bavit, protože za to nic nemají, občas nějaké spropitné, ale nikam to nevede“ (OS 1). Postoj klientů k pracovní činnosti je ovlivněn především prostředím, ve kterém se

nacházejí, a osoby které je obklopují. Důležitým faktorem vyplývající z výzkumného šetření je také kontakt se společnostmi a zájmy klientů.

Možnosti klienta uspokojovat své potřeby

Tabulka 4

určená kategorie s přiřazenými kódy

Potřeby	Bezpečí	vlastní názor	vztahy	svoboda
----------------	---------	---------------	--------	---------

V rámci poskytování sociální služby týdenního a denního stacionáře je primární snahou pracovníků uspokojit potřeby klienta. Po dobu zúčastněného pozorování bylo zaznamenáno snahu pracovníků kromě uspokojení základních potřeb klienta motivovat i k vyjádření hlubších požadavků nebo tužeb. Jak bylo vysledováno, snaha pracovníků mnohdy působí spíše tlak na klienta, než zaktivování jeho motivace a odvahy vyjádřit svůj názor. „...*když já se furt snažím, aby mi ten klient odporoval, a ono mu to nejde. Taky neumí říct, že neví, to vidím taky jako velký problém. Přitom nevědět je v pořádku. Občas ale vidím sama na sobě, že už na ně moc tlačím a někdy se mě možná až bojí, což bych neměla dělat. Někdy bych se sama vyhodila*“ (OS 1). Téma nevyjádřené potřeby se často opakovalo i v rámci ohniskové skupiny.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných problémů, který ztěžuje klientům vlastní seberealizaci je schopnost svobodného rozhodnutí. „*Tak ona by ráda chodila do kostela, a dřív i chodila sama každou středu. Pak ale hodně slychala od okolí, že se jí může něco stát na cestě, tak se teď bojí. Štve mě, že jí v tom nikdo nepodpoří*“ (OS 1). K negaci dochází jak ze strany okolí, kdy je zde patrná snaha klienta odrazovat od jeho potřeby v rámci bezpečnosti, nebo i v rámci zákazu od pečující osoby. V mnoha případech je hyperprotektivní přístup pečující osoby značnou zátěží pro klienta v jeho rozvoji, kdy si klient přenáší toto naučené chování do sociální služby. Při snaze zaměstnanců o rovnocenný přístup tak naráží na zažitý modely z rodiny a strach klienta z nesprávného rozhodnutí. Výchovný model pečující osoby se tak přenáší i do dospělosti a pracovníkům stacionáře způsobuje značné obtíže.

Za největší problém, který u klientů vyvstává, vnímají pracovníci, že klienti nejsou podporováni v navazování partnerských vztahů a sexuální identifikaci. „*Já mám někdy pocit, že ti naši klienti jsou bezpohlavní. Rodiče o tom nechtějí slyšet, nebo když už to slyší tak si z toho spíš dělají srandu nebo je to vyděsí. Přitom ty klienti ty vztahy chtějí, vidíme to furt, jsou trošku dětské ale když se v tom podpoří má to smysl*“ (OS 2). Jak z vyjádření účastníků skupiny vyplynulo, vnímají otázku vztahu jako prostředek k osamostatnění se a určitého motivačního aspektu k seberozvoji, „*Ono je to hezky vidět u *****, ten vztah, co má sice není moc udržitelný, je na dálku, ale jí to motivuje, dává jí to sny, chce chodit do práce, když se mají vidět chodí si vydělat na dárek a nějaké hezké prádlo a tak. Taky by s ním chtěla jednou bydlet sama a mít děti, i když to není moc reálné, rodiče to nedovolí*“ (OS 1).

Pro klienty je také obtížné vyjádřit svou sexualitu, a celkově uspokojit v tomto ohledu své potřeby. Autor vnímá určitý problém i ve způsobu a formě vyjádření této potřeby. V rámci pozorování autor vysledoval, že někteří klienti mají v této oblasti specifické potřeby, kdy není dostatečné přijetí okolí, a to mnohdy ani ze strany personálu. „*...myslím že v tomhle by měla do každého zařízení jezdit nějaká ta sexuální asistentka, a učit je, jak s tím pracovat. Ty rodiče je to nenaučili, nevnímali to jako nutné. A teď s tím tady dost bojují. My to dělat úplně nemůžeme, hlavně když je to trošku zvláštní*“ (OS 1). Otázka vztahovosti a sexuality u klientů s mentálním postižením je podle našeho názoru stále dost nedostatečně preferované téma. Pro klienty je velmi těžké se v tomto ohledu bez dostatečné podpory zorientovat, často se za své potřeby stydí, nebo je uspokojují nevhodným způsobem, který pak může být odsouzen nejbližším okolím. Dalším tématem, které se často objevovalo v rámci ohniskové skupiny byla problematika práva klienta na přístup k člověku jako k dospělé a rovnocenné bytosti. Zde vnímáme dvě problematické oblasti v rámci rozdílného přístupu. První z nich je, že lidé profesně se věnující podpoře lidí s mentálním postižením, přistupují k těmto osobám zodpovědně, profesionálně a snaží se co nejlépe podporovat jejich přání a naplňovat jejich potřeby. Jejich cílem je osobní rozvoj cílové skupiny, které se věnují. Z této pozice si mohou být tito pracovníci vědomi oblastí, ve kterých lze navodit změny vedoucí ke zlepšení samostatnosti a nezávislosti osob s mentálním postižením. Z výzkumného šetření ale bylo patrné, že někteří pracovníci mají s touto oblastí značné problémy, mnohdy trpí stereotypy a je pro ně velmi obtížné tuto oblast profesionálně obsáhnout. Druhá oblast obsahuje primární pečující osoby, kde dochází k převzetí všech rozhodnutí za své dospělé dítě, bez ohledu na jeho vlastní přání a individualitu člověka. „*Furt slyším že ten klient není schopný sám za sebe myslet, ale to sebrání svéprávnosti má přece klienta chránit a ne omezovat. Je to celé na hlavu*

postavené. Někdy si říkám že by ti opatrovníci, když dostávají na toho klienta peníze, měli chodit na nějaké pravidelné školení kde je budou učit, jak se k nim chovat, jako to mají třeba pěstouni“ (OS 1). Ve většině případů dochází ke kompletnímu omezení svéprávnosti klienta, a tento akt je následně používán k odůvodnění všech postojů ke klientovi.

Střety při poskytování dvojí péče

Tabulka 5

určená kategorie s přiřazenými kódy

Konflikt:	nadřazenost	přílišná péče	střet zájmů	dospělost
------------------	-------------	---------------	-------------	-----------

Při poskytování služby uživateli denního nebo týdenního stacionáře je konflikt mezi poskytovatelem sociální služby a opatrovníkem nebo rodičem uživatele nevyhnutelnou součástí mezilidských vztahů. Konflikt je přirozenou a nevyhnutelnou součástí života, a při své práci se s ním setká každý pracovník sociálních služeb. Při vzájemné spolupráci vznikne dříve či později názorový rozdíl, a pro kvalitní poskytování sociálních služeb je třeba, aby byli pracovníci schopni konfliktní situace co nejlépe zvládat. Zároveň je konflikt určitým ukazatelem možných změn. Jak nám výzkumné šetření v rámci praxe ukázal, při kombinované péči o uživatele s mentálním nebo kombinovaným postižením není vůbec jednoduchý sladit požadavky a potřeby, tak aby odpovídaly představám všech zúčastněným. Často se v rámci těchto konfliktů zapomíná na potřeby samotného uživatele, a dochází ke střetům a názorovým rozdílům v rámci poskytované péče jen ze strany pracovníka v sociálních službách a rodiče/opatrovníka.

Pro dosažení potřeb uživatele je nutná vzájemná spolupráce všech zúčastněných stran a dodržování tolerance, úcty a respektu. Pro dosažení společné shody všech stran je důležité naplnit všechny tyto aspekty. Nicméně, z pozorování bylo zřejmé, že v mnoha případech, kde probíhá kombinovaná péče, nejsou všechny tyto aspekty respektovány. Někdy rodina nebo opatrovník určuje podmínky a klade požadavky, které nejsou v souladu s přístupem zaměřený na klienta. Pracovníci sociálních služeb se tak musí často snažit zohlednit přání rodiny, ačkoliv to může být v rozporu s přáním uživatele. Pro pracovníky je pak tato skutečnost zatěžující, jelikož se jejich pracovní nastavení často neshodovalo s představami rodiny nebo opatrovníka o formě poskytované péče. „*Strašně mě rozčiluje, když každý pátek řeším s rodiči furt to samé*

dokola....má umytou hlavu? Proč utratil všechny peníze? Proč má naházené prádlo v tašce, proč má špinavé boty, vy jste byli v té zimě venku?ty rodiče si vůbec neuvědomují že ten klient tu žije normální život, a ten přece není dokonalý“ (OS 2). Často jde o situace, ve kterých rodina zasahuje do formy péče o klienta, jak v rámci rozsahu, tak v naléhavosti bez ohledu na přání klienta. „Je hrozný, jak mají rodiče neustále potřebu kecat do toho, jak pečujeme, většina by byla nejraději kdybych s tím klientem byli 24 hodin denně, vše za něj dělala, a čekala až zrezignovaně umře“ (OS 1). Většinou se jedná o střet zájmu, kde se pohled na péči vzájemně neshoduje. „Je úplně jedno co ten klient dokáže, když řeknu že je schopný se sám vykoupat, a já ho třeba jen zkontroluji, hned je oheň na střeše. Ten rodič hned řeší, že se klientovi nedostatečně věnuji, přitom já chci, aby byl schopný se vykoupat sám. Přitom by pro mě bylo mnohem rychlejší a jednodušší vše za něj udělat“ (OS 2). Pracovníci stacionáře se tak často dostávají do pozice, kdy jsou v rozporu s vlastním přesvědčením a poskytují péči dle obecných standardů s větším množstvím péče, než je nutné pro seberealizaci klienta.

A právě v těchto chvílích dochází k častým konfliktům. „Většinou se nedaří rodičům vysvětlit, že ta péče má být individuální, a má se přizpůsobit tomu co ten klient dokáže, ne tomu, co si myslí rodič, který v tom prostě nemá ten náhled“ (OS 2). Velmi často pracovníci mluvili o dominantním postavení rodiny, kdy to bylo vnímáno jako limitující faktor bránící v poskytování péče podle přání klienta. Velmi často se v přímé praxi stává, že rodič/opatrovník při předávání klienta diktuje, jak má být péče poskytována, v jakém rozsahu a s jakým přístupem. Ze strany rodičů dochází k pochybnostem o kvalitě poskytované péče, snižování kompetencí pracovníků v sociálních službách a k celkové nechuti pracovníků motivovat klienta k progresu nebo upevňování dosavadních schopností. V neposlední řadě může tento přístup rodiny vést k direktivnímu přístupu v rámci poskytované péče, který je v přímém rozporu s přístupem k uživateli sociální služby. „To je jak když si ***** koupila vaječný likér, který tu upíjela celý týden, a rodiče další týden na všechny řvali, jak jsme si to mohli dovolit, a ještě té klientce vyhrožovali že jí seberou vozík, aby za trest nikam nemohla, přitom vždyť ona je svéprávná“ (OS 1). Různé formy příkazů a snaha o kontrolu uživatele po dobu pobytové služby jsou běžnou formou direktivního přístupu rodin, při kterých dochází k opakovaným vzájemným konfliktům. Někdy se i stává že rodiče nejsou schopni akceptovat nastavení sociální služby, a pokud pracovník odmítne péči která je v rozporu, rodič se jí snaží různými způsoby obejít. „U jedné klientky jsme řešili, že rodič po nás chtěl, aby před podáním stravy povinně chodila po zahradě, že to tak dělají doma aby neztloustla, že třeba musí obcházet auto, a když jsme to odmítli s tím, že se tu nikdo nebude nutit k ničemu co nechce, tak chtěli každý den jezdit

a chodit s ní na procházku. Přitom ta klientka to úplně nesnášela, neměla možnost se v tom rozhodnout sama“ (OS 1). Taky se velmi často stávalo, že byla snaha ze strany rodiny vybírat si pracovníka který bude poskytovat péči bez ohledu na preference uživatele, nebo naopak snahu měnit pečující osobu podle aktuální nálady uživatele. Velmi často se tak stávalo, že byl uživatel z různých důvodů na klíčového pracovníka naštvaný, a po stížnostech v domácím prostředí rodič apeloval na jeho změnu, a to bez ohledu na četnost těchto žádostí nebo jejich cykličnost. *„Já už jsem si pak tak nějak zvykla, že mě každý týden někdo nesnáší, to je furt, někdy mám pocit, že vlastně nedělám nic dobře, a furt si na mě někdo stěžuje“ (OS 1).* Během diskusí se účastníci také často vyjadřovali k tomu, jak rodinné neshody a vztahy ovlivňují jejich schopnost komunikovat při poskytování péče o asistenta. Tento fakt se poté projevuje celkově špatnou dohodou a negativní atmosférou. *„Často se stává že si klient z víkendu přinese do stacionáře špatnou náladu, která se nám pak projevuje tady. On je z toho pak špatný, někdy je pak i agresivní. Nedokáže ten vztek na tu situaci doma ze sebe dostat, nemůže, tak se to pak projeví tady. Taky ty konflikty jsou kolikrát kvůli tomu, co klient chce, k čemu ho třeba tady motivujeme a s čím mu pomáháme, no on to pak řekne doma a je z toho mela“ (OS 1).* V rámci výzkumu je zde také nutné zohlednit, zda probíhá sociální služba v týdenním nebo denním stacionáři. V týdenním stacionáři je větší interakce a vliv na uživatele ze strany pracovníka v sociálních službách, v denním stacionáři je asistence v kratší formě. Tato skutečnost má výrazný dopad na frekvenci a různé formy konfliktů mezi rodinou a uživatelem sociální služby, které mohou vést k napjatým situacím. Z výše uvedených citací zkoumaných oblastí je patrné, že oba subjekty, uživatelé i rodiny, mají různé požadavky na péči a často se objevují neshody vedoucí k konfliktním situacím. Z výsledků je patrné že pracovníci z týdenního stacionáře (OS1), se setkávají s konfliktními situacemi častěji než pracovníci denního stacionáře (OS2). Je to způsobeno především větším kontaktem pracovníka v sociálních službách a uživatele, který tak má tak větší vliv a možnost dosáhnout změny. *„Někdy si říkám že se tu celý ten pracovní týden snažím, a rodiče to zase o víkendu spláchnou do záchodu“ (OS 1).*

Co je potřeba překonat při kombinované péči o klienta sociální služby

Tabulka 6

určená kategorie s přiřazenými kódy

Komplikace:	definice rolí	frustrace	neochota spolupracovat	změny
--------------------	---------------	-----------	------------------------	-------

Po dobu zúčastněného pozorování bylo zaznamenáno, že péče o osobu blízkou přináší zcela zásadní změny nejen v životě osob, které péči potřebují, ale také v životě celé pečující rodiny. U uživatele sociální služby se jedná o podstatnou změnu prostředí, přístupu pečující osoby, interakci s dalšími osobami, nutností překonávat sociální bariéry, u rodinných příslušníků zase o změny v jejich dosavadním způsobu života. Jak je z výzkumného šetření patrné, musí se s těmito změnami vyrovnat i pracovník v sociálních Kombinovaná péče pro klienty přináší mnoho výzev, které je třeba překonat, aby mohla být poskytnuta co nejlepší péče. Klíčovou podmínkou úspěchu je vzájemná spolupráce a dohoda všech tří stran. Pro klienty a jejich rodiny je spolupráce se sociální službou často novou a změnu přinášející zkušenost. Pracovníci sociálních služeb často zmiňují, že počátek poskytování služby bývá složitý a často se objevují konflikty, které je nutné řešit.

Klienti a jejich rodiny často zažívají novou zkušenost a změnu v životě po navázání spolupráce se sociálními službami. Nicméně, sociální pracovníci zaznamenávají, že úvodní fáze spolupráce je často složitá a plná konfliktů, které musí být vyřešeny. Rodinní příslušníci často nechtějí přenést odpovědnost za svého blízkého na cizí osobu, což vede k neshodám a je třeba jasně stanovit role a hranice. Důležité je také definovat kompetence a zajistit jejich dodržování. Jedním z nejčastějších problémů, které brání úspěšnému fungování kombinované péče a nastavení spolupráce, je nesprávné pochopení a odlišení rolí. Klíčovou výzvou je zejména to, že rodiny a klienti neumějí správně rozlišovat mezi účelem a rolí pracovníka, nebo ho považovali za někoho jiného. Proto je důležité stanovit hranice a jasně definovat profesionální roli a povinnosti pracovníka sociální služby, včetně toho, pro koho pracuje, a to co nejdříve na začátku péče. „Často slyšíme že bychom měli klientům věnovat více péče, ideálně nonstop, furt si nás pletou se zvláštním režimem, přitom stacionář má být o něčem jiném.“ (OS 1) Rodiny mají často neslučitelná očekávání od pracovníků stacionáře ohledně poskytované péče a nejsou

ochotny odstoupit od žádného z nich. V mnoha situacích se od pracovníka očekává, že bude nejen výborným asistentem, ale také pečovatelem, psychologem, zdravotníkem, uklízečem a mnoha dalšího. *„Já bych potřebovala, aby si ten rodič uvědomil, že jsem tam od asistence, od toho abych tomu klientovi pomáhala jen tam kde je potřeba, a to co zvládne i když třeba ne úplně celé nebo ne podle představ, se nechalo na něm.“* (OS 1)

Dalším problémem, který přináší tato forma kombinované péče, je nedostatečné respektování potřeb a přání klienta ze strany rodiny. To vede k častým hádkám a neshodám, se kterými se musí osobní pracovníci stacionáře nějakým způsobem vypořádat. Účastníci ohniskové skupiny se často vyjadřovali v rámci své aktivity o pocitech marnosti a nechtěnosti. *„Všichni se snažíme z těch klientů dostat to nejlepší co v nich vidíme, a hlavně slyšet co opravdu chtějí, oni se po nějaké době v tom stacionáři uvolní, cítí se tu bezpečně a řeknou nám co vlastně opravdu chtějí“* (OS 2). Obecně lze hovořit o riziku, kdy jsou pracovníci v sociálních službách silně ohroženy syndromem vyhoření. Shrnutím lze říct, že klíčovou podstatou kombinované péče je účinná a kvalitní spolupráce a komunikace s klientem a jeho rodinou. Nespolečná je hlavním problémem, který musí být řešen, aby mohlo dojít k navázání klíčového vztahu mezi pracovníkem a klientem. *„Nejlepší je, když spolu všichni spolupracujeme, a snažíme se toho klienta společně uschopnit. Vždyť je to přece v zájmu i těch rodičů, pak jsou v důchodovém věku a neví co s tím dítětem“* (OS 2). Během diskuse v ohniskové skupině byl více zdůrazněn problém s komunikací v rámci týdenního stacionáře, kde probíhalo delší odloučení od rodiny a zároveň větší vliv pracovníka sociální služby. *„Když jsem pracovala v Leeds v Anglii v obdobném zařízení ale komunitního typu, všichni jsme se pravidelně scházeli s rodinou klienta, měli různé slavnosti ale i jen sezení, kde se diskutovalo, jedlo a tak. Ty rodiče se chtěli bavit o tom co může jejich dítě dokázat. Ten pocit tady v ČR nemám, tady když ty rodiče pozveme na Vánoce do stacionáře, tak sedí a nervózně koukají na hodinky, aby už mohli jít. Vůbec tomu nerozumím, té neochoty“* (OS 1). Z pohledu zúčastněného pozorování a sběru informací je zde nedostatečné vydefinování zakázky klienta, rodiny a zaměření sociální služby. Ne vždy je způsob práce a poslání služby v souladu s nároky rodiny na rozsah péče. Také byl při pozorování zaznamenán nedostatečný prvotní přístup k zájemci o službu, kdy neměl možnost vlastního pohledu na službu. Tento fakt byl výrazně ovlivněn neochotou klienta službu využívat, a to většinou z důvodu fixace na rodinu a tím spjatým strachem z odloučení a nového prostředí.

Způsoby komunikace pracovníka, rodiny a klienta

Tabulka 7

určená kategorie s přiřazenými kódy

Komunikace:	společný zájem	informovanost	spolupráce	cíl služby
--------------------	----------------	---------------	------------	------------

Hlavním cílem kombinované péče je dosáhnout vzájemné koordinace a spolupráce mezi hlavními účastníky – rodinou, klientem a pracovníkem stacionáře. Pro úspěšné fungování této kooperace je klíčovým faktorem zdravá komunikace, která slouží jako základ pro společné dohody, přizpůsobení požadavků a přání klienta. Jak bylo ale z výzkumného šetření patrné, u mnoha profesních vztahů komunikace absentovala. Mezi hlavní příčinu pracovníci v rámci ohniskové skupiny označili především neschopnost adekvátní zpětné vazby a jasné vyjádření požadavků. Dalším zásadním poznatkem bylo, že při komunikaci mezi všemi třemi účastníky není klíčové pouze to, co se sděluje, ale i způsob jakým vzájemně komunikují s přihlédnutím k možnému ovlivnění jejich emocemi, pozicemi a vztahy mezi nimi. Tyto závěry vedly k identifikaci několika problémových oblastí, kde jsou komunikační překážky, které brání v dosažení harmonického a nekonfliktního přístupu k poskytované péči. Jako jednu z klíčových oblastí, kterou označili samotní pracovníci, bylo nejasné vydefinování zakázky a rozsahu poskytované péče. Poskytování služby musí vycházet z přání klienta a jeho individuálních potřeb. V tomto ohledu dochází k častým střetům, kdy není respektována forma a rozsah stanovené péče, ani individuální potřeby klienta. S pracovníky často komunikovali ohledně péče s důrazem na své představy a bez ohledu na sepsanou smlouvu a stanovený individuální plán klienta. „Myslím, že je důležité hned rodiče poučit nejen o tom co děláme, ale taky jak to děláme, aby pak nedocházelo k hádkám. Taky rodičům vysvětlit jaké jsou podmínky komunitního bydlení, dost často se pak diví že jejich děti, jakože nevychováváme, od toho tu ale nejsme“ (OS 1). Také klienti mají často zkreslenou představu o tom, co jim má služba poskytovat a jaká je jejich role v předmětném stacionáři. „Taky je důležité být i k tomu klientovi upřímný v tom kam vlastně jde, máme tu klienta, který si myslí že je ve škole, a to je mu přes čtyřicet let, a když ta jeho maminka volá do stacionáře tak se ptá kolik dětí tam je, a já jí furt opakuji že tu nemáme děti. Pak jsou ti klienti zmatení“ (OS 1).

V rámci zúčastněného pozorování bylo také vypořádáno, že často rodina očekávala jinou službu, než byla nasmlouvána. Někdy požadují jiné úkony nebo formy péče, většinou čerpané ze zkušeností s jinými typy služby případně jiného poskytovatele. Vydefinování formy služby, poskytované péče a potřeb klienta i rodiny je tedy nutným prvním krokem. *„Skvělé je, když se hned s rodinou domluvíme, co můžeme a nemůžeme s klientem dělat. Hned si nastavit ty hranice. A pak už je to jen na klientovi, co si přeje a já to držím v nějakých mezích, a když je potřeba zase se o tom s rodinou pobavíme, že by třeba bylo dobré to někam posunout a jestli je to možné, když si to ten klient přeje“* (OS 2). V tomto případě je komunikace mezi sociální službou a rodinou bezproblémová. Podle pracovníků je klíčové jasně stanovit pravidla a pravidelně sdílet aktuální informace v rámci dvojí formy péče, aby spolupráce mezi všemi stranami probíhala bez nedorozumění a nejasností v oblasti poskytování péče. *„Myslím si, že by se měl pravidelně scházet vedoucí služby, sociální pracovník, rodina, klient, klíčový pracovník, a opakovaně si říct kam se s klientem půjde dál. Hledat ty řešení a neustále diskutovat o tom co teď zrovna ten klient potřebuje“* (OS 1). V rámci výzkumu se také ukázal znatelný rozdíl mezi komunikací v rámci denního a týdenního stacionáře. U denního stacionáře probíhala komunikace v rámci každodenní pravidelnosti znatelně méně konfliktně než v rámci týdenního stacionáře. U denního stacionáře je komunikace více emocionální a osobní, u týdenního naopak spíše racionální a úkolová.

Výhody kombinované péče v rámci týdenního a denního stacionáře

Tabulka 8

určená kategorie s přiřazenými kódy

Výhody:	seberealizace	uplatnění	odlehčení rodině	získání nových zkušeností
----------------	---------------	-----------	------------------	---------------------------

Při konkrétním hodnocení výhod kombinované péče, kterou poskytují týdenní a denní stacionáře, bylo identifikováno několik oblastí, které potvrzují důležitost a přínos kombinace rodinné péče s péčí sociální. Jako hlavní výhodou kombinované péče autor vnímá udržení vztahu s rodinou a získání určité nezávislosti v rámci stacionáře. *„Ty rodiče většinou nenechávají svoje děti moc věci dělat, tím že jsou ve stacionáři si můžou vyzkoušet věci které*

*by doma nedělali, něco nového se naučí, získají zkušenosti. Zároveň rodiče vidí nějaký pokrok, který si sebou klienti nesou domů, a všem se jim pak spolupracuje doma lépe. Rodiče, když pracují a do toho pečují, nemají moc čas klienty učit novým věcem, jsou rádi že to všechno zvládnou“ (OS 1). Ačkoliv zde bylo několikrát zmíněno, že přítomnost rodiny bývá mnohdy v rámci kombinované péče negativní dopad, její aktivní zapojení je ale velmi důležitou součástí seberealizace klienta. Přínosnost rodiny, která podporuje své dítě nebo opatrovance v osamostatnění a nalezení kvalitního života je mnohem důležitější než sociální služba samotná. Také má rodina funkci určitého koordinátora, kdy může své dítě/opatrovance nebo samotného pracovníka stacionáře korigovat v situacích, kdy mají na sebe jednotlivě nebo vzájemně nereálné požadavky. „Hodně selháváme v té vzájemné komunikaci, když se to ale podaří doladit a všichni tak jako táhneme za jeden provaz, s tím klientem se dějí divy, je to strašně znát, když si nastavíme nějaký cíl a vzájemně se v něm podporujeme. Taky si díky tomu můžeme říct situace které se třeba opakují a je dobrý se jim vyhnout. Je pak strašně motivující vidět, jak klient za docela krátkou chvíli vyroste“ (OS 1). Nedílnou součástí kombinované péče je také odlehčení pečující rodině, která je mnohdy již velmi zrezignovaná. Na základě výsledků výzkumu především v rámci zúčastněného pozorování v rámci přijímání nových uživatelů služby bylo vyzorováno, že pečující rodina vyčkává s využitím sociální služby až do doby, kdy sama péči dlouhodobě nezvládá. Je jen velmi malé množství klientů, kteří přicházejí do předmětné služby v produktivní období, např. po ukončení školní docházky. Ve většině případů přichází klient do sociální služby v době, kdy péče o něj negativně ovlivňuje všechny roviny rodinného systému. Velmi často tak autor narážel na fakt, kdy je rodina již péčí silně zatížena a postižena negativními dopady v ekonomické i vztahové rovině. „My bychom byli opravdu rádi, kdyby k nám ty klienti přicházeli trošku dřív, kdy se s nimi dá ještě dobře pracovat, a taky ta rodina je ještě přístupná změně. Většinou ale přijde klient v době, kdy rodina již prostě nemůže, nebo jsou nemocní a tak. To je pak velmi těžké a spíš děláme fakt jen odlehčení“ (OS 2). V rámci výzkumného šetření se autor ale spíše setkával s určitou rezignací pečujících osob, kdy většinu snah pracovníků stacionáře spíše negovali s tím, že určitá pozitivní změna v životě uživatele služby již nemá smysl. „Když do denního stacionáře přišel *****, vůbec jsem nevěděla, co s ním budu dělat, maminka to komentovala s tím, že to lepší už nebude, a že si především potřebuje odpočinout. No ale když jsme dosáhli prvního pokroku v hygieně, maminka se úplně nadchla a začala se mnou spolupracovat. No a po roce je syn úplně někde jinde, i když by to třeba člověk na první pohled hned nepoznal. Ale ještě nás čeká hodně práce“*

(OS 2). Problematice komunikace a nutnosti vzájemné společné domluvy se již věnovalo předchozí téma, a tato oblast bude zmíněna i v závěrečné diskusi.

Jak vyplývá z ohniskových skupin, funkčnost kombinované péče můžeme posuzovat především podle spokojenosti obou stran, tedy klienta a pečující osoby. Této spokojenosti se dá dosáhnout právě díky zdravé komunikaci a vzájemné přístupnosti k akceptaci potřeb. Důležitým faktem v rámci zkušeností pracovníku stacionáře je především skutečnost, kdy z jejich pohledu nemůže rodina zajistit svým příslušníkům potřebnou péči v dostatečném rozsahu a kvalitě tak, aby měl jejich opatrovanec v rámci celého svého života možnost uspokojovat své potřeby bez omezování pečující osoby. Kombinovaná péče je tak z jednou možností, jak zajistit klientovi plnohodnotnou péči a zároveň umožnit pečující osobě si odpočinout, a především alespoň částečně naplňovat svůj život. *„U všech těch rodin je už určitý tlak, všichni ty rodičové by ty děti měli nejraději doma do konce života, cítí nějakou povinnost, kterou jsem nikdy nepochopila. Ale když nám ti klienti už chodí, tak si strašně uleví, a je to hezky vidět v době kdy máme třeba zavřeno, všichni jsou pak šťastný že už jsou zase zpátky“* (OS 2). Na závěr tohoto tématu je nutné porovnat přínosnost kombinované péče jak u samotného klienta, tak u pečující osoby. ‘

Výsledky výzkumného šetření ukazují pozitivní přínos u obou stran, a to jak v rámci získaných zkušeností na straně samotného uživatele sociální služby, tak i na straně pečující osoby. Nedílným pozitivním aspektem kombinované služby je tedy i samotné odlehčení pečující osobě, ale také i na straně klienta, který si odpočine od samotné rodiny. Autor také považuje za důležité uvést výsledky výzkumu v rámci rozdílu skupin OS 1 a OS2. U OS1 dochází k větší formě péče v rámci celého pracovního týdne, a tedy i většímu odlehčení pečující osobě. Zároveň referovala větší problémy v rámci komunikace. U skupiny OS2 je patrná každodenní komunikace mezi pečující osobou a pracovníkem stacionáře, ale také menší forma odlehčení a tím i znatelné projikování rodinných obtíží do samotné péče.

6.3 Interpretace dat v rámci zúčastněného pozorování

Zúčastněné pozorování probíhalo v rámci běžné pracovní činnosti u obou předmětných stacionářů, a to v období od listopadu do prosince 2022. Bylo zde pozorováno hlavně chování mezi zaměstnanci a klienty, jejich vzájemný vztah a celkové fungování v rámci komunity. Také byly porovnávány výpovědi účastníků ohniskové skupiny s vypořizovanými skutečnostmi.

Díky teoretické znalosti přístupu zaměřeného na zotavení bylo pozorování zaměřeno také na oblasti kde by mohly být nástroje CARE aplikovány.

Prvním tématem, které bylo vypořazováno bylo zaměření péče na uspokojení fyziologických potřeb klienta. Ačkoliv se pracovníci aktivně snažili udržet stávající schopnosti a dovednosti klientů, nedocházelo k hledání nových možností a silných stránek klienta. Podpora při rozvíjení dovedností a nadání je klíčovým faktorem pro poskytování tohoto typu služby. Složení stacionáře bylo samozřejmě rozličné, a ne každý jedinec byl schopen rozvoje. U určité části uživatelů byla péče zaměřená na udržení jedinou možnou intervencí ze strany pracovníka. Poměrná část klientů z hlediska pozorovatele ale plně nevyužívala svůj potenciál, nedocházelo k posílení sebedůvěry, zplnomocňování ani k podpoře v získávání nových pozitivních zkušeností. Ve většině případů se jednalo o uživatele s negativním přístupem ke zkoušení nových věcí, kdy pracovník nedokázal svého klienta dostatečně motivovat k činnosti.

Dalším vypořazovaným problémem bylo určité neporozumění a nevyslyšení klientů v rámci jejich běžného života. Často se stávalo že klient v rámci ranní komunity vyjádřil své přání, jak se svým dnem naložit, ale byl usměrněn ke komunitní činnosti v rámci režimu nebo představě pracovníka o tom, jak by den mohl vypadat. Ačkoliv bylo zvyklostí nabízet možné činnosti s ohledem na personální obsazení, mnohdy nebylo přání klienta vyslyšeno, ačkoliv by klient danou činnost zvládl bez fyzické účasti pracovníka. Z pohledu pozorovatele zde nedocházelo k procesu uschopňování klienta a tím poškozování vzájemné důvěry včetně důvěry v sama sebe. Ačkoliv se aktivity a provoz stacionářů musí přizpůsobovat aktuální skladbě klientů, jejich schopnostem a potřebám, mělo by být umožněno klientovi samotnému ve své realizaci přání a představě o svém životě. Samozřejmě s ohledem na reálné představy klienta s přihlédnutím na přiměřené riziko.

V souvislosti s předchozím pozorováním souvisí i téma uspokojování vlastních potřeb a představ. V rámci aktivit a celkové práci s klienty docházelo k projekci vlastní představy o tom, co by mohl klient zvládnout nebo chtít dělat. Často docházelo k rozporům, kdy klient nemohl vykonávat to co si přál, naopak to, co nechtěl podstoupit musel nebo byl do tohoto tlačěn. Velmi zřídka docházelo k posilování silných stránek klienta v činnostech, který pracovník nepovažoval za důležité nebo dostatečně podstatné, případně pro ně obtěžující. Dalším faktorem byla seberealizace pracovníka například v rámci pracovních terapeutických činností. Bylo vypořazováno že pracovník mnohdy zaměřuje svojí aktivizační činnost na oblast

jemu příjemnou bez ohledu na přání klienta. Také při aktivizačních činnostech někteří pracovníci projektovali svoji představu o výsledku, bez přenechání odpovědnosti za úkon na klientovi. Zde pak vznikala častá negativní reakce a celková neochota klienta v činnosti dál pokračovat nebo se jí účastnit na základě předchozí zkušenosti. Často se tak stávalo že pracovníci danou činnost vykonávali sami bez zapojení klienta nebo jen s velmi omezeným přístupem bez samotné seberealizace.

Znatelná byla i rozdílnost přístupu ke klientovi samotnému v rámci jeho odpovědnosti a celkové rovnosti jako člověka samotného. Rozdíl byl zřejmý jak v podobě oslovování, respektování soukromí, zásahu do osobních záležitostí apod. Vstupování do soukromých prostor bez dovolení klienta, uklízení nebo přerovnávání jeho věcí apod., zasahovalo do jeho soukromí a celkové samostatnosti. Asistence by zde měla být vykonávána opět jen ve smyslu co největší přenášení zodpovědnosti na klienta a jeho uschopňování. V průběhu pozorování se také často stávalo že pracovník zasahoval do práv klienta nepřiměřeným a neodůvodněným způsobem a tím ho, jak zneschopňoval, tak podporoval jeho zranitelnost. V některých případech docházelo i k omezování klientů pro obavy nebo nepřijetí přiměřeného rizika ze strany pracovníka. Příkladem může být omezený svobodný pohyb klientů bez přítomnosti asistenta, například v rámci procházky, návštěvy kavárny nebo třeba zmíněného kostela. Zde nedocházelo k nácvikům volného pohybu a samostatnosti. Na straně druhé část pracovníků dávala slovně i celkovým přístupem klientům najevo, že je uznávají jako sobě rovné a dospělé osoby. Někteří klienty naopak vybízeli k odporu nebo slovnímu nesouhlasu s nabízenou aktivitou, způsobem jejího provedení nebo záměrem pracovníka. Byla zde znatelná snaha motivovat klientu k uznání své dospělosti a právu na nesouhlas.

Mezi dalšími negativními aspekty byla slabá sociální síť klientů. Vytíženost pracovníků je v rámci stacionáře vysoká, a mnohdy jak bylo patrné nelze uspokojit potřeby všech. Absence zdrojů mimo stacionář měla za následek frustraci klientů, její projikování do pracovníků a tím vznikající konflikty. Například klientka měla velké ambice a nadání v umělecké činnosti – malby. Již v minulosti jí byla realizována výstava v rámci městské galerie, od té doby ale již malovala sporadicky. Snížení aktivity bylo způsobené odchodem její klíčové pracovnice. Motivace ze strany její nové pracovnice byla jen slovní, s narážkami že nikdy další výstavu mít nebude, když sama nezačne. Ačkoliv sama pracovnice neměla vlohy pro tuto aktivitu, nedošlo ani k nalezení zdroje – osoby, která by tuto činnost s klientkou sdílela a tím jí podporovala. Podobné nenalezení zdroje zažíval i klient se zrakovým postižením, který si přál chodit

s nějakým mužem pravidelně na pivo a na fotbalové zápasy. Ačkoli v se jeho klíčová pracovnice snažil částečně tuto aktivitu zapojovat každý měsíc do jeho aktivit, nedošlo k úplnému naplnění přání klienta. Z důvodu slabé sociální sítě docházelo k izolaci klienta jen na rodinu a prostředí stacionáře.

Nejdůležitější tématem v rámci pozorování byl nedostatečný vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem. Každý pracovník stacionáře má dlouhodobě přidělené dva až čtyři klienty, s přihlédnutím na délku praxe a schopnostem. V rámci pozorování ale nedocházelo k příliš časté přímé interakci mezi pracovníkem a přiděleným klientem, ke stanovování potřeb a přání. K těmto úkonům docházelo ojediněle a jen v rámci několika pracovníků a klientů. Z pohledu pozorovatele zde docházelo ke značné selekci na spolupracující a obtížně spolupracující klienty. Po dobu pozorování bylo zaznamenáno jen několik navázaných vztahů, kde se klienti přímo obraceli na svého klíčového pracovníka v rámci svých potřeb nebo těžkostí. Znatelně rozdílné byly vztahy v denním stacionáři, kde dochází k častější individuální práci s klientem. Zde byla provázanost pracovníka a klienta mnohem vyšší, stejně tak jako znatelnější vzájemná důvěra. Absence individuálního přístupu a celková roztržitost péče v rámci celého týmu zapříčinila nesympatie k určitým pracovníkům. Často bylo vyzorování individuální negativní pocity k pracovníkovi, který klienta bez znalosti jeho potřeb a přání nutil k činnosti která mu nebyla vlastní. Tyto pocity následně referoval i v domácím prostředí a odráželo se to ve vzájemných konfliktech.

Přístup v denním stacionáři byl oproti týdennímu celkově pozitivní, se změřením na uschopnění klientů a posílení schopností a dovedností pro jinou možnou formu péče, například v rámci týdenního stacionáře. Zde docházelo ke zdravým kompromisům z hlediska složení klientů a časovým možnostem pracovnice, kdy v průběhu provozního týdne byla velmi patrná snaha o naplnění přání všech klientů. Samotné plánování aktivit bylo se zapojením všech zúčastněných a jejich vzájemné podpoře. Jako další pozitivní aspekt byla vnímána částečná vzájemná komunikace v rámci týmu a předávání důležitých informací, přinášení myšlenek a nápadů. V rámci celého týmu otevřená komunikace ale neprobíhala. Dalším pozitivním aspektem byla aktivita jedné pracovnice v rámci motivace dvou klientů pro co nejsamostatnější život a postup do jiné formy služby, v tomto případě chráněného nebo podporovaného bydlení. Podpora byla směřována především na klienta samotného, bez zapojení sociálního prostředí a primárně pečujících osob. Po dobu pozorování nedocházelo k častějšímu zapojení primárních

pečujících osob do podpory nebo realizace přání klientů. Jejich pozice zůstávala spíše kontrolní, a to v oblasti dostatečného uspokojení základních potřeb.

6.4 Zodpovězení výzkumných otázek

Tato podkapitola zodpovídá stanovené výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku výzkumného šetření.

Výzkumná otázka 1: Jaké témata účastníci výzkumu vnímají jako nejvíce problematické v rámci poskytované péče?

Z výzkumné šetření vyplývá několik zásadních témat, se kterými se pracovníci stacionáře pravidelně potýkají a které je v jejich činnosti omezují. Nejvíce zasažená oblast byla nedostatečná nebo slabě uskutečnitelná motivace klientů a neuspokojení jejich potřeb. Zde vnímáme důraz na dilemata mezi snahou zasáhnout a obavou z nevhodného zásahu. Nejvíce se s nimi pracovníci stacionáře setkávají právě v oblasti motivace klienta, definování a plnění jeho potřeb, v právech klienta, vztazích a sexualitě, ale také v jejich sebe determinaci. Účastníci často zmiňovali určitou nejistotu při rozhodování o vhodnosti přístupu ke klientovi. V rámci těchto oblastí vnímal autor také značné emoce účastníků, které je mohou v jejich rozhodování a celkovému přístupu k tomuto tématu zatěžovat a ovlivňovat. Dlouhodobá nespolupráce klienta, jeho neochota a pasivní přístup může pracovníka stacionáře značně frustrovat, a tím ovlivnit jeho přístup ke klientovi. V rámci zúčastněného pozorování byl vnímán mnohdy nevhodný způsob motivace klienta, který byl spíše nátlakový, bez ohledu na jeho aktuální přání a bez přístupu zaměřený na jeho silné stránky. Dále bylo také postřehnuto nedostatečné zapojení klienta do procesu sebe determinace. Motivace je u této cílové skupiny důležitým aspektem. Jak bylo vyzorováno, klienti potřebují mnohdy své potřeby naplnit co nejrychleji, často impulsivně, bez ohledu na následky. To vede k častým střetům s pracovníky, kdy může dojít k následnému negativnímu postoji klienta, jeho frustraci, citové a výkonové deprivaci. Oproti tomu jsou klienti často pasivní, celkově pohodlní, oplývají poznávací leností, a neradi se učí novým věcem, popřípadě u těchto aktivit dlouho nevydrží. V tomto je důležité si uvědomit, že motivace je vázána jak na potřeby, tak i na jejich návyky, ideály, zájmy, celkové hodnoty, povahové rysy, životní perspektivy, ale i na výchovné postupy pečující osoby a užší sociální prostředí. A právě v rámci užšího sociálního prostředí lze dosáhnout změny ve stereotypním

chování klientů, kteří spíše čerpají pečovatelskou stránku sociální služby, nežli jí samovolně využívali k seberealizaci.

Výzkumná otázka 2: Jak účastníci výzkumného šetření přistupují ke klientovi?

Jak již bylo zmíněno v odpovědi na výše uvedenou výzkumnou otázku, účastníci výzkumného šetření jsou si mnohdy velmi nejistí ve správnosti svého přístupu ke klientovi. V rámci šetření bylo vyzpozorováno, že se většina účastníků snaží ke klientovi přistupovat s respektem jako k osobě dospělé, se svými právy a schopností vlastního rozhodování. Jak bylo i v rámci ohniskových skupin opakovaně řečeno, v rámci stacionáře je značná snaha o respektování práva na vlastní život a také snaha o „normálnost“. Většina oslovených pracovníků se vyjadřovala o snaze o efektivní a podpůrný přístup, kdy se snaží klienta podporovat k udržení nebo vylepšení jeho schopností a celkové kvality života. Účastníci vnímají rozdíl mezi kognitivním a fyzickým omezením klientů, a snaží se svůj přístup přizpůsobit jejich individuálním potřebám. Jak bylo v rámci zúčastněného pozorování zjistiť, definování potřeb klienta a individuální plánování zaměřené na seberealizaci a zlepšení kvality života je mnohdy ale bez zapojení klienta a jeho klíčového pracovníka, kdy se jedná spíše o odhad oproti reálné skutečnosti. V této oblasti vnímá autor velké omezení a nedostatečně respektující přístup ke klientovi. Znalost klienta jako vzájemná komunikace je důležitá pro dostatečně podpůrný vztah, který má pomoci na cestě od přání k realizaci. Zdať se jedná o ojedinělou skutečnost v rámci jedné organizace, kde probíhalo výzkumné šetření, nelze v rámci této práce ověřit.

Výzkumná otázka 3: Jak účastníci výzkumného šetření spolupracují s rodinou na zotavení klienta v rámci kombinované péče?

Z výzkumného šetření vyplývá, že ačkoliv se snaží pracovníci služeb spolupracovat s rodinou klienta v co možná nejvyšší míře, často naráží na značné komunikační bariéry. Mezi největší problémovou oblastí respondenti uváděť rozpor v rámci rozdílného pohledu na poskytování sociální služby. Pečující osoby mnohdy očekávají prosté poskytování základní péče bez většího zapojení klienta do procesu zotavení a seberozvoje. Často také uváděť neochotu rodiny zapojit se do samotného procesu, a to jak v oblasti motivace, zdravého náhledu tak celkové podpory opatrovance k zodpovědnosti za svůj život. Spolupráci zajišťuje především vedoucí služby a klíčový pracovník, který díky vytvoření osobního vztahu a pravidelnému kontaktu dokáže

nejlépe vystihnout jejich aktuální možnosti a potřeby. V rámci spolupráce se pracovníci zaměřují na aktivní zapojení rodiny a co největší podpory klienta. Vedoucí pracovník se také snaží zapojit rodinu v rámci individuálního plánování jako nedílnou součást přirozeného sociálního prostředí a největší motivační sílu. I zde bývá spolupráce s rodinou problematická, mnohdy až nemožná, kdy rodina vnímá tyto procesní úkony jako nutnou součást poskytované služby bez přesahu do života klienta. Účastníci ohniskové skupiny často také reflektovali značnou frustraci v rámci spolupráce s rodinou, kdy se často potýkají s konflikty v rámci rozsahu a cíle poskytované služby, které jsou celkově demotivují a odtahují je od aktivního přemýšlení nad jejich životní situací.

6.5 Návrhy pro praxi

V předchozích kapitolách této diplomové práce byla představena teoretická i praktická východiska, která se týkala tématu lidí s mentálním postižením v denním a týdenním stacionáři. Cílem výzkumného šetření bylo zjištění, v jakých oblastech by mohly nástroje CARE zkvalitnit život těchto jedinců a dopomoci jim k plnění jejich potřeb a přání.

Zásadním tématem se stala nedostatečná motivace a nemožnost uspokojit potřeby klientů. Abychom mohli klienta motivovat a znát jeho potřeby, musíme nejprve navázat vztah. Vztah jako takový je již v základu podporující faktor. Pokud pracovník usiluje o co nejpřirozenější vztah založený na vzájemném respektu a uznání lidské bytosti se všemi vlastnostmi jak pozitivními, tak negativními, stává se spojení efektivní a přínosné.

Při dodržení principů CARE (viz. 4.2) lze dosáhnout osobně-profesionálního vztahu. Jak uvádí Wilken hodnotné spojenectví mezi odborníkem a klientem je podmíněno těmito prvky: napojení, porozumění, stvrzení, zabezpečení a posílení (Wilken,2010). Všechny tyto prvky jsou podmíněny pocity blízkosti, důvěry a respektu. Proces napojení mezi klíčovým pracovníkem a klientem je nezbytnou součástí efektivního vztahu, kdy pro vybudování a udržení tohoto vztahu je nutná jeho reciproční povaha, přítomnosti pracovníka a jeho odhodlání. Jak vyplynulo z výzkumného šetření, pracovníci často ve vztahu ke klientovi volí nesprávné metody, kdy působí na klienta tlak bez respektování jeho pocitů. Porozumění situaci klienta nebo jeho samého ze strany pracovníka posiluje vybudovanou vazbu. Pokud porozumění ve vztahu není, narušuje se klientův základní pocit bezpečí.

Dále je také velmi důležité, aby se klient cítil uznávaný. Díky uznání se člověk cítí přijímaný a respektovaný, a tím posilujeme naši vzájemnou důvěru. Pokud klienta ve vztahu uznáváme, a přenecháváme mu určitou míru kontroly, například nad rozhodnutím, zdali chce danou aktivitu vykonávat nebo ne, poskytujeme tím i základní pocit bezpečí. Pokud ale na klienta nepřiměřeně působíme, stává se pro něj prostředí nesrozumitelné a poškozujeme tím vzájemnou vazbu mezi pracovníkem a klientem. Možnost mít se na koho spolehnout, v tomto případě na svého klíčového pracovníka, je nezbytnou součástí procesu na principu zotavení. Jak již ale bylo uvedeno výše, z výzkumného šetření vyplývá, že klienti stacionáře mají mnohdy s pracovníky negativní zkušenosti. Pracovníci zasahují i v případech, kdy to není nezbytně nutné, a naopak kde to nutné je, není vyvinut dostatečný zájem. Podpora, kterou se snaží pracovníci vynaložit, musí být poskytována tam, kde je žádoucí a klientovi dává smysl. Důležitá je také upřímnost a konzistentnost pracovníka. Jak bylo vyzorováno, často se stává, že pracovník klientovi lže, nebo dává sliby které nemůže případně nehotlá splnit. Tyto kroky mají devastační účinek na vytvořený vztah. Z výsledků ohniskové skupiny bylo zjištěno, že pracovníci mnohdy neví, nebo neumí správně motivovat svého klienta k činnosti.

V rámci pozorování bylo vysledováno, že se pracovníci snaží motivovat klienty v činnostech, které oni vnímají jako pro ně prospěšné nebo se domnívají že tento směr je pro ně nejlepší volbou. V tomto autor vnímá chybu především na rovině nedostatečné vzájemné komunikace, kdy je potřeba tuto oblast podpořit. Zde by mohlo být nápomocné zapojit do celkového procesu zjišťování vhodných oblastí „*plán osobní podpory*“ (viz. 4.3). Tento plán vede pracovníka především k sobě samému, se zamyšlením nad svými silnými a slabými stránkami. Sebereflexe je u pomáhajících profesí velmi důležitým faktorem, bez ní nemůžeme vykonávat práci se zaměřením na klienta. Při kombinaci s „*osobním plánem a osobním profilem*“ (viz. 4.3) nám můžou výsledky ukázat rozdílnost našeho pohledu na danou problematiku, a také na subjektivní cíle. Mnohdy můžeme zjistit, že naše představy o tom, co si klient přeje, jsou velmi rozdílné od jeho subjektivních přání. Cesta od přání k cíli je nezbytnou součástí plánování a přináší motivaci, touhu, vášně a pomáhá dosahování cíle. Je velmi důležité, aby obě strany ve svém úsilí viděly smysl. Dosažení cíle, který vychází z klientova přání, je velmi rozdílné od snahy dosáhnout cílů, které nám stanoví někdo jiný.

Dalším důležitým krokem je proškolení pomáhajících pracovníků v komunikačních strategiích. Jak bylo v rámci pozorování zjištěno, pracovníci často volí formu strategie „*lákání, přesvědčování, vynucování*“ (viz. 4.4). Zde by bylo velmi přínosné osvojení všech forem

komunikačních strategií, kdy jejich aplikování, a především schopnost rozlišování a volného přecházení mezi nimi může pomoci pomáhajícímu pracovníkovi vyvarovat se konfliktních situací. Pokud bude pracovník do své komunikace s klientem schopen zapojit formu dialogu, pomůže si tím i v rámci zjištění jeho skutečných potřeb. Tématům špatné spolupráce v rámci kombinované péče přisuzujeme opět nesprávné komunikaci s pečující osobou, a také nedostatečným mapováním prostředí klienta. Stejně jako při komunikaci s klientem je i v rámci kombinované péče nutné volit správné komunikační strategie. Pečující osoba je stejně jako klient zatížena životní situací a je nutné volit správnou komunikační strategii, tedy také ideálně formu dialogu.

Jak účastníci ohniskové skupiny uváděli, pečující osoby mají mnohdy jiný pohled na potřeby klienta, a také rozdílnou představu o formě poskytované péče. Správnou komunikací by se mohly omezit časté konfliktní situace a motivovat pečující osobu ke spolupráci. Jak bylo v rámci pozorování zjištěno, prostředí klienta se většinou omezuje na dvě strany. V rámci kombinované péče, tedy na sociální službu a rodinu. V tomto je značný nedostatek během práce s prostředím. Je-li okruh klienta extrémně malý, pokud některá část nefunguje nebo nespolupracuje, dochází ke značné izolaci klienta a omezování jeho možností. Správným mapováním prostředí můžeme okruh klienta rozšířit, upevnit a tím mu umožnit se realizovat i mimo jeho běžný svět.

Práce s vnějším prostředím by měla být nedílnou součástí plánování a systému zaměřeného na zotavení. Použití „*kruhu sociální sítě*“ a „*analýzy sociální sítě*“ (viz. 4.5). může pomoci vytvořit prostředí které klienta podporuje. Při vytváření najdeme i zdroje, o kterých jsme dříve nevěděli a můžeme je v rámci naší práce využít. Jak z výpovědi účastníků často zaznělo, oni sami mnohdy nevědí, jakým směrem se s klientem vydat. Aktivní práce s prostředím by jim mohla pomoci najít možnosti a zároveň omezila závislost na spolupráci s primární pečující osobou. Také tím, že má klient více možností než jen oblast rodiny a sociální služby, dostává prostor na tvorbu vlastních přání, hledání nových cest a celkového zmocnění jeho osoby. Posledním neobsaženým deskriptivním tématem, které zde nebylo ještě zmíněno jsou výhody kombinované péče. Zde vnímáme, že dobře nastavená spolupráce v rámci principů CARE, může klientovi pomoci naplnit jeho přání a sny.

V rámci ohniskových skupin bylo znatelné, že by pomáhající pracovníci mnohdy s rodinou klienta raději nespolupracovali, ideálně pokud by o klienta rodina nejevila zájem. Rodina nebo

primární pečující osoba může být ale velmi obsáhlý zdroj a poskytovat motivaci pro jeho cestu zotavením. Je potřeba rodinu podporovat stejně jako samotného klienta.

Při zavádění principů CARE může pomoci užití „*Vitamínového profilu*“ (viz. 4.5). Kromě dokončení mapování prostředí klienta touto analýzou, prostředím také identifikujeme oblasti, které je potřeba zlepšit. Forem, jak v rámci CARE zjistit, zda naše služba napomáhá k zotavení je více, v tomto ohledu je stejně zaměřen i „*Quick scan CARE model*“, který sice v teoretické části není uveden, je ale jednou z doporučovaných možností.

Transformací systému na péči podporující zotavení je krokem k podpoře klienta na jeho cestě za životem s postižením. Je velmi důležité, aby se jedinci učili žít se svojí zranitelností, se svými vzestupy i pády, a prostředí, ve kterém žijí jim poskytovalo co největší podporu a bezpečí. Nesporným přínosem bude beze sporu i zjednodušení práce samotných pracovníků v sociálních službách, kteří jsou velmi často frustrováni z nedostatku pozitivní zpětné vazby ze strany a pocitu malého progresu klientů samotných.

Doporučení v rámci organizace, kde probíhalo výzkumné prostředí:

Cíl č.1: Proškolení pracovníků v principech CARE.

Cíl č.2: Zhodnocení stávajících metodických postupů a vytvoření postupů nových.

Cíl č. 3: Supervidování procesu implementace.

Cíl č. 4: Podpora pracovníků při práci s klienty.

Samotné nástroje CARE byly poskytnuty pracovníkům zkoumaného stacionáře již v průběhu výzkumného šetření. Plán osobní podpory a osobní plán byl zaimplementován do individuálního plánování a metodiky klíčového pracovníka. Vzhledem k tomu, že samotné dlouhodobé individuální plánování probíhalo bez zapojení klíčového pracovníka, tyto nástroje umožnily získání přehledu o preferencích a přáních klientů. Jejich užití bylo pracovníky pozitivně hodnoceno. Zavedení dalších nástrojů bylo již bez řádného proškolení znatelně obtížnější, a snaha výzkumníka se omezila především na předávání principů a filozofie samotného přístupu.

7 DISKUSE

V teoretické části diplomové práce byly nejprve obecně specifikovány potřeby osob s mentálním postižením, teorie sociálního fungování, a samotné nástroje CARE. V průzkumném šetření byly zjišťovány přímo od dotazovaných respondentů problematické oblasti poskytované péče v rámci denních a týdenních stacionářů. Obecně lze shrnout, že respondenti označili za nejproblematictější témata motivaci, identifikování potřeb, přístup k přáním klientům a komunikaci s klientem i rodinou. Obecným tématem, který se prolínal celým šetřením byl nedostatečný regres klientů. V rámci zúčastněného pozorování byla tato témata potvrzena a doplněna o nedostatečné navazování vztahů mezi pracovníkem a klientem.

Z výsledků je patrné, že osoby s mentálním postižením užívající systém kombinované péče v rámci vybraného denního a týdenního stacionáře, mají zajištěnou péči v rámci uspokojení základních potřeb. Dále bylo mnohokrát uváděna snaha pracovníků k motivaci klientů v rámci seberealizace, získávání nových schopností a dovedností. V této oblasti se ale podle výsledků šetření samotní pracovníci ztrácejí nebo selhávají. Samotné nástroje CARE uvedené v rámci doporučení (kapitola 6.5.), by mohly pracovníkům ulehčit identifikaci přání a potřeb. Využití komunikačních strategií by jim mohlo pomoci lépe komunikovat jak s klientem, tak s rodinou. Jak bylo zjištěno v rámci výzkumného šetření, otevřený dialog užívaný pracovníkem denního stacionáře předchází konfliktům a narušování osobně-profesionálního vztahu. Zvládnutí těchto strategií a získání schopností k navázání osobně-profesionálního vztahu je nutností k poskytování péče založené na podpoře zotavení a potvrzuje tedy samotnou přínosnost principů CARE. Přenesením těchto schopností i do druhé služby by mohlo vyřešit konflikty uváděné v rámci ohniskové skupiny.

Nástroje CARE nelze pravděpodobně aplikovat na veškerou problematiku v rámci poskytování péče osobám s mentálním postižením, může ale znatelně pomoci samotným pracovníkům a v neposlední řadě zlepšit kvalitu života klientům. Není zde ani záruka toho, že popsaná témata a návrhy řešení budou v rámci implementace účinné. To také potvrzuje výzkum „*How effective is the comprehensive approach to rehabilitation (CARE) methodology*“ z roku 2017, uvedený v BMC Psychiatry. Výzkumným vzorkem zde bylo dvě stě šedesát devět klientů, z toho sto padesáti dvou klientům byla poskytována péče v rozmezí od deseti do dvaceti měsíců personálem vyškoleným v rámci principů CARE. Závěrem výzkumného šetření bylo, že nebyl

zjištěn významný rozdíl v kvalitě života zkoumaných klientů, bez významného rozdílů v obou skupinách. Bylo ale zároveň potvrzeno, že ve skupině bylo zlepšeno uspokojení potřeb.

Účinnost nástrojů CARE v rámci této cílové skupiny a zlepšení jejich kvality života není tedy zcela odborně potvrzena. Samotným důvodem pro implementaci těchto nástrojů může být ale právě větší schopnost zjišťování přání a potřeb klientů samotnými pracovníky a lepší navázání vztahu s klientem. Propojení je klíčová činnost v rámci poskytování péče, protože jen v rámci vztahu můžeme pracovat se zranitelností našeho klienta, skutečně mu porozumět, a poznat jeho skrytá přání. Jean Pierre Willken v roce 2007 uvedl metaanalýzu s názvem „*Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge*“, která obsahovala 13 různých studií, ze kterých bylo vydefinováno pět oblastí, které jsou podstatné pro proces zotavení:

- Vývoj a sebe posilnění,
- Motivace k zotavení,
- Kompetence/dovednosti pro zvládnání nemoci, prostředí a sebeobsluhy,
- Sociální angažovanost/posun sociálního statusu,
- Podnětné prostředí.

Všechny tyto oblasti jsou v různém rozsahu pokryty nástroji CARE. Lze tedy usuzovat že při implementaci těchto nástrojů může dojít ke zkvalitnění života jedinců s mentálním postižením, případně alespoň k pochopení jejich potřeb a klíčových faktorů nutných k zotavení.

V následující kapitole jsou uvedeny výzkumy, které potvrzují účinnost nástrojů CARE v různých studiích a meta studiích. Výzkumný vzorek je u nich ale různorodý a není aplikován čistě na institucionální formu péče.

7.1 Limity výzkumného šetření

Původním záměrem autora bylo zjistit, zda by metodika CARE, byla v hodná do tohoto typu služby a následně ji chtěl aplikovat a zjistit její účinnosti.

Jak uvádí Švaříček, Šed'ová a kol. kvalitativní výzkum je „*hra, jenž může bavit všechny hráče jen tehdy, budou-li respektovat několik výchozích pravidel*“ (Švaříčka, Šed'ové a kol. 2007).

I přes původní záměr výzkumníka splnit vytyčené cíle a dodržet pravidla samotného výzkumu nastaly určité aspekty které byly limitující.

Limitem na straně výzkumného vzorku byla fluktuace pracovníků, kdy po první provedené ohniskové skupině nastaly personální změny a tím se tedy i změnila značná část účastníků ohniskové skupiny. Dalším limitem v rámci uskutečněné skupiny bylo reflektování negativních emocí účastníků v rámci samotné organizace.

Limitem na straně výzkumníka byla pozice výzkumníka a moderátora zároveň. V případě opakování tohoto typu kvalitativního výzkumu by výzkumník již pro pozici moderátora ohniskové skupiny určil jinou osobu. Především z důvodu objektivity a celkové eliminace subjektivního zkreslení. Dalším podstatným limitem bylo ukončení pracovního poměru před dokončením původního záměru. Z tohoto důvodu byla kontrolní ohnisková skupina nahrazena zúčastněným pozorováním.

Limitem na straně metodiky je, že požadovaná data byla získána od jedné organizace. Ačkoliv byli zapojeni všichni pracovníci předmětné služby, jejich subjektivní vnímání problematiky může být navzájem ovlivněno. Zde by bylo žádoucí porovnat výsledky několika provedených ohniskových skupin z více zařízení které poskytují stejný typ služby. Posledním limitem je, že tato práce uvádí, jak by se dala metodika CARE využít, a však ji již neaplikuje do praxe.

7.2 Podněty pro další zkoumání

Tato podkapitola se zabývá možnostmi použití výzkumných výsledků v praxi. Během průběhu výzkumného šetření vyplynuly další otázky, na které by bylo zajímavé navázat a odpovědět.

Nejzásadnější otázkou je, jaký vliv by měla implementace principů CARE na osoby s mentálním postižením v sociálních službách. Což se díky výše zmíněným limitům práce nepovedlo zjistit. Další otázka je, jestli jsou vůbec sociální služby otevřeny případné změně v péči o osoby s mentálním postižením.

Dalším podmětem zkoumání je případná spokojenost pracovníků sociálních služeb a jejich kvalita života, jelikož u výzkumného šetření byla zaznamenána velká frustrace účastníků. V tomto ohledu doporučujeme provést výzkumné šetření na téma zkvalitnění práce

při implementaci principů CARE u pracovníků sociálních služeb, a jejich celkové zvýšení spokojenosti a pracovní realizace při přechodu na tyto principy.

Dále by bylo zajímavé se zaměřit na motivovanost osob s mentálním postižením v přímém přechodu ze vzdělání do pracovního režimu v kontrastu, kdy je mezi těmito procesy delší pauza.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit možnosti a vliv implementace principů CARE v rámci denních a týdenních stacionářů pro dospělé osoby s mentálním postižením. Důvodem bylo zkvalitnění poskytované služby, rozšíření možností samotným klientům a v neposlední řadě i pomoci pomáhajícím pracovníkům v naplnění svého poslání a představ. Řešené téma nabízí vhled do vybraní specifické problematiky v rámci kombinované péče o osoby s mentálním postižením, a především ve věci uspokojování jejich potřeb a přání.

Teoretický rámec charakterizoval sociální situaci klientů, jejich potřeby a sociální fungování, a v neposlední řadě také souhrn nejdůležitějších nástrojů CARE.

Realizované kvalitativní výzkumné šetření přináší zajímavé výsledky, které popisují zkušenosti pracovníků denního a týdenního stacionáře, zachycují problémy, se kterými se potýkají a také emoce, které při práci zažívají.

Z výsledku ohniskové skupiny vyplývá, že největší zátěží pro pracovníky je nedostatečná motivovanost, špatné rozpoznání jejich potřeb a přání, a také komplikovaná komunikace s klienty a rodinou. Výsledky zúčastněného pozorování tato témata potvrdily a doplnily o nedostatečný osobně-profesionální vztah, špatné mapování sociální sítě a potřebu celkové úpravy prostředí klientů které se zaměřuje jen na uspokojení základních potřeb.

Implementace nástrojů a principů CARE by mohla vyřešit určitou problematiku, jak bylo uvedeno v kapitole 6.5. Propojením principů CARE se specifickými metodami práce s touto specifickou cílovou skupinou by mohlo pomoci vytvořit funkční prostředí, které poskytuje dostatek zdrojů pro uspokojení potřeb a přání klientů které je podstatné pro co nejvyšší kvalitu jejich života.

V závěru vyvstává úvaha, zdali je předmětné zařízení a sociální služby obdobného typu celkově připraveni na transformaci tohoto typu. Systém kombinované péče je náročný z mnoha rovin, jak bylo také v rámci ohniskové skupiny definováno, a je otázkou, zda mají pracovníci na podobný systém sociální práce prostor. Další úvahou může být, zda nástroje CARE pomohou zkvalitnit život klientů, nebo jen zpřehlední pracovní proces samotným pracovníkům. Z pohledu autora jsou obě tyto oblasti stejně důležité a vzájemně provázané. Případné výzkumné šetření zaměřené na tyto oblasti by mohlo přinést nový, další rozměr řešené

problematiky a pomoci k pochopení vzájemných souvislostí mezi kvalitou života a bezpečným prostředím klienta ve kterém žije. Součástí této práce nemohla být bohužel funkčnost nástrojů CARE v praxi ověřena, ačkoliv byly některé prvky této metodiky již implementovány v rámci zkoumaného zařízení. Z pohledu autora byly tyto nástroje funkční a pomohly pracovníkům lépe identifikovat potřeby a přání jejich klientů.

Autor věří, že tato práce by mohla pomoci pracovníkům v sociálních službách pracující s touto cílovou skupinou ke zkvalitnění jejich velmi obtížné práce, kterou každý den vykonávají, mnohdy se potýkají s pocity vlastní nedostatečnosti nebo nepochopení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERAPTURY

Bibliografický seznam

1. Alexander, L. B., Link, B. G., & Phelan, J. C. (2019). Evaluation of a stigma reduction intervention using the common elements approach. *Psychiatric Services*, 70(7), 616–622.
2. BERNARD, H. R., 2018. *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. 6th Edition. Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield. 709 p. ISBN 9781442268883.
3. BIEGEL, D. E., KOLA, L. A., & Crean, H. F. (2016). A pilot study of implementing the CARE approach for people with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 15(1), 1-23. doi: 10.1080/1536710X.2016.1139826.
4. BOHLMMEIJER, E., ROEMER, M., CUIJPERS, P., & SMIT, F. (2007). The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(3), 291-300. doi: 10.1080/13607860600963547.
5. BROWN, M., & O'BRIEN, A. (2020). Utilization of the collaborative, assertive, respectful, and empathic (CARE) approach in mental health care: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 65, 28–39.
6. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
7. DE KUIJPER, G., VISSER, E., MULDER, N., BOUMANS, C., DEPLA, M. & ROOIJACKERS, A. (2019). Community Recovery-oriented care in daily practice: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 988-996.
8. DEWALT, K. M., DEWALT, B. R., 2011. *Participant Observation: A Guide for Field workers*. 2dn Edition. Lanham, MD: Alta Mira Press. 278 p. ISBN 978-0759119277.
9. NEIS A. BITTER1, DIANA P. K. ROEG, CHIJS VAN NIEUWENHUIZEN1 AND JAAP VAN WEEGHE. (2015). Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology. Bitter et al. *BMC Psychiatry*, DOI 10.1186/s12888-015-0564-0.
10. FERJENČÍK, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat*

- lidskou duši. Praha: Portál. 339s. ISBN 80-7178-367-6
11. HARRIS, R. M. (2018). A Guide to the Standard EMDR Therapy Protocols for
 12. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.
 13. HENDL, J., 2016. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. 4. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
 14. HOLLANDER, D., & Wilken, J. P. (2019). Podpora zotavení a začlenění – úvod do metodiky CARE. Praha: Sociální akademie. ISBN 978-80-907318-4-4.
 15. HOLLANDER, D., & Wilken, J. P. (2020). Práce v propojení – podpůrný vztahový přístup. Praha. ISBN: 978-80-908458-5-5.
 16. LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2013. Kvalita života osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3827-6.
 17. MABEN, J., & MAYLOR, M. (2019). Person-Centred Healthcare Research. John Wiley & Sons.
 18. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál, 2016. 271 stran. ISBN 978-80-262-1154-9.
 19. MATOUŠEK, Oldřich a kol. Encyklopedie sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
 20. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 1992. Praha: Psychiatrické centrum.
 21. MENTAL RETARDATION: Definition, Classification and Systems of Supports. 1992. Washington: AAMR.
 22. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. (2020). Sociální služby. [Online]. Přístupné z <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
 23. MUSIL, L. 2002. Změna klienta a změna prostředí. Sociální práce, 2002, č. 2/2002: str. 73-86.
 24. MUSIL, L. 2004a. „Ráda bych vám pomohla, ale...“: dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: M. Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
 25. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
 26. MIŠOVIČ, Ján. Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor. Vyd. 1. Praha: Slon, 2019. 292 stran. ISBN 978-80-7419-285-2.
 27. NAVRÁTIL, P. 2003. Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka. Sociální práce, 2003, č. 2/2003: str.84-94.

28. NAVRÁTIL, P. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: M. Zeman.
29. NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia, 2000, č.5/2000: str.139-163.
30. NOVOSAD, L. 2000. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál.
31. NOVOTNÁ, H. & ŠPAČEK, O. & ŠTOVÍČKOVÁ, JANTULOVÁ, M. (2019) *Metody výzkumu ve společenských vědách*, Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií
32. PÁV, M., KALIŠOVÁ, L., PŘÍHODA, P., TATATRKO, J., ŠTASTNÝ, M., PASTUCHA, M., GABRIEL, J., & BĚHOUNEK, J. (2017). Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních.
33. PETRUSEK, M. 1993. Teorie a metoda v moderní sociologii. Praha: Karolinum.
34. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál.
35. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. a kol. 1996. Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice. Brno: Paido.
36. ŠLAPÁK, R. Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.
37. SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
38. ŠVARÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Portál, 2011. Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
39. ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
40. VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
41. VALENTA, Milan et al. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6
42. VÁGNEROVÁ, M., 2016. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
43. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. Psychologie handicapu. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2001 ISBN80-7184-929-4.
44. VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 2006 ISBN 80-7315-134-0.
45. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 164, s. 7026. ISSN 1211-1244. 39.

46. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37, s. 1270. ISSN 1211-1244.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 kolo změny.....	28
Obrázek 2 osobní plán	32
Obrázek 3 osobní profil	33
Obrázek 4 plán osobní podpory	34
Obrázek 5 profil prostředí.....	37
Obrázek 6 kruh sociální sítě	39
Obrázek 7 analýza sociální sítě A	40
Obrázek 8 analýza sociální sítě B.....	41
Obrázek 9 Vitamínový profil	43

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	53
Tabulka 2	55
Tabulka 3	56
Tabulka 4	59
Tabulka 5	61
Tabulka 6	64
Tabulka 7	66
Tabulka 8	67

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1 – INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu

Výzkumné šetření se zabývá problematikou poskytování péče v rámci denního a týdenního stacionáře pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením. Cílem plánované ohniskové skupiny bude zjistit oblasti, ve kterých pracovníci vnímají potřebu zlepšení nebo nalezení vhodného směru. Vaše účast spočívá v aktivní diskusi v rámci ohniskové skupiny, která bude v délce 60-90 minut v období září 2022 až leden 2023 dle možností jednotlivých účastníků. O termínu ohniskové skupiny budete včas informováni.

V rámci účasti souhlasíte s použitím nahrávek z rozhovorů pro potřeby vědeckého výzkumu. Výzkumník se zavazuje, že získaná nahrávka nebude poskytována jiným osobám mimo rámec výzkumu a bude použita pouze k výzkumným účelům, a to v souladu s obvyklými etickými zásadami vědeckého výzkumu. V případě citování budou data anonymizována nebo pozměněna tak, aby nemohla být spojena s účastníkem. Po dobu výzkumu můžete odvolat souhlas se zpracováním a uchováním audio záznamů a jejich textového přepisu. Po ukončení výzkumného šetření budou nahrávky, jejich přepisy, nebo jakékoliv jiné datové zpracování smazány či jinak znehodnoceny.

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu;
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoliv rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Připojeným podpisem stvrzujete, že rozumíte výše uvedeným informacím a souhlasíte s nimi.

V

Datum

Jméno a podpis účastníka výzkumu

Podpis výzkumníka

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jakub sláma
Katedra:	Institut sociálního zdraví
Vedoucí práce:	Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček
Rok obhajoby:	2023
Název práce:	Možnosti využití prvků CARE u lidí s mentálním postižením v týdenním a denním stacionáři
Název v angličtině:	Possibilities of using elements of CARE for people with intellectual disabilities in weekly and daily residential care
Anotace:	Diplomová práce se zaměřuje na možnosti využití prvků CARE u lidí s mentálním postižením v týdenním a denním stacionáři. V teoretické části se autor zaměřuje na perspektivy nahlížení osob s mentálním nebo kombinovaným postižením, dále popisuje koncept životní situace lidí s mentálním postižením. Také popisuje sociální služby v České republice a v poslední kapitole uvádí prvky CARE, kterými se dále zabývá i ve výzkumné části. Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní formou, a to ohniskovými skupinami a analýza dat byla provedena otevřeným kódováním. Cílem práce bylo zjistit, v jakých oblastech mohou prvky CARE zlepšit poskytování sociální služby týdenního a denního stacionáře.
Klíčová slova	CARE, sociální práce, lidé s mentálním postižením, přístup zaměřený na klienta

Anotace v angličtině:	<p>The thesis focuses on the possibilities of using CARE elements for people with intellectual disabilities in weekly and day residential care. In the theoretical part, the author focuses on the perspectives of people with intellectual or combined disabilities, and describes the concept of the living situation of people with intellectual disabilities. He also describes social services in the Czech Republic and in the last chapter presents the elements of CARE, which are further discussed in the research part. The research investigation was carried out in a qualitative form, namely focus groups, and the data analysis was carried out by open coding. The aim of the thesis was to identify the areas in which the elements of CARE can improve the provision of weekly and day residential social services.</p>
Klíčová slova v angličtině:	CARE, social work, people with intellectual disabilities, client-centred approach
Přílohy:	PŘÍLOHA Č. 1 – INFORMOVANÝ SOUHLAS
Rozsah práce:	92 stran
Jazyk práce:	Český jazyk