

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011–2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Adéla Konečná

Chráněné bydlení pro mentálně postižené ve Středočeském kraji

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Stanislava Dyršmíková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2011–2014

DIPLOMA THESIS

Adéla Konečná

**Sheltered housing for the mentally disabled in the Central Bohemian
Region**

Prague 2014

The diploma Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Stanislava Dyršmídová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Adéla Konečná

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PaedDr. Stanislavě Dyršmídové za její praktické a cenné rady při vedení diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou chráněného bydlení. Cílem diplomové práce je zmapovat chráněné bydlení ve Středočeském kraji. V teoretické části se čtenář seznamuje s problematikou lidí s mentálním postižením. Další kapitoly se věnují sociálním službám a podrobněji službě chráněného bydlení.

Praktická část diplomové práce se nejdříve zaměřuje na Středočeský kraj a jeho podporu sociálních služeb. Hlavním cílem praktické části je analýza dat, která vychází z dotazníkového šetření. Diplomová práce obsahuje podrobnou analýzu výsledků z dotazníku, závěrečné shrnutí a vyhodnocení výzkumu s doporučením pro využití v praxi.

Klíčová slova

Chráněné bydlení, chráněné pracovní místo, mentální retardace, osoba s mentálním postižením, sociální služby, Středočeský kraj.

Anotation

This thesis deals with protected housing. The aim of the thesis is to explore sheltered housing in the Central Bohemian Region. In the theoretical part I would like to introduce to the reader the problems of people with intellectual disabilities. Following chapters are devoted to social services, and other methods of sheltered housing services.

The practical part of the thesis will focus on the Central Bohemian Region and it's support for social services. The main aim of the work is to analyse data based on questionnaires. The thesis contains a detailed analysis of the results of the questionnaire, with a final summary and evaluation of the research.

Key words

Central Bohemian region, mental retardation, people with intellectual disabilities, sheltered employment, sheltered housing, social services.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	11
1.1 Legislativa	12
1.2 Podmínky pro přijetí klienta do chráněného bydlení	13
1.3 Úhrada za chráněné bydlení	15
1.4 Formy chráněného bydlení	16
1.5 Personální zajištění chráněného bydlení	18
1.6 Služby chráněného bydlení	19
2 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	21
2.1 Etiologie mentálního postižení	23
2.2 Klasifikace mentální retardace	28
2.2.1 Lehká mentální retardace F70 (IQ 50–69)	29
2.2.2 Středně těžká mentální retardace F71 (IQ 35 – 49).....	30
2.2.3 Těžká mentální retardace F72 (IQ 20–34).....	31
2.2.4 Hluboká mentální retardace F73 (IQ nižší než 20)	33
2.2.5 Jiná mentální retardace F78.....	34
2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace F79	34

2.3 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením	34
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	44
3.1 Legislativa	44
3.2 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb	51
3.3 Standardy kvality sociálních služeb	57
3.4 Trendy v péči o osoby s mentálním postižením	59
3.5 Další formy péče o osoby s mentálním postižením.....	60
PRAKTICKÁ ČÁST	62
4 VÝZKUMNÝ CÍL DIPLOMOVÉ PRÁCE	62
4.1 Stanovení hypotéz	64
4.2 Popis zkoumaného vzorku.....	64
4.3 Metodologie diplomové práce a časová organizace výzkumu	65
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE STŘEDOČESKÉM KRAJI	66
6 ANALÝZA DAT	70
7 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ	100
ZÁVĚR	104
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	107
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	111
SEZNAM PŘÍLOH	113

ÚVOD

Diplomová práce má za cíl zmapovat službu chráněného bydlení ve Středočeském kraji. Sociální služby se za několik posledních let velmi měnily. Trendy v sociálních službách jsou velmi diskutovány a díky změnám v legislativě dochází postupně k jejich realizaci. Velký dík patří v této problematice vzniku standardů kvality sociálních služeb, které jsou dnes již pro všechna zařízení sociálních služeb závazná. Sociální služby se deinstitucionalizují a důkazem toho je i nárůst takových sociálních služeb, jakou je například chráněné bydlení.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a druhá praktická. V teoretické části je popsána sociální služba chráněného bydlení, problematika osob s mentálním postižením a problematika sociálních služeb.

Praktická část se věnuje hypotézám, na kterých je celý výzkum postaven. Cílem hypotéz je udělat si po jejich vyhodnocení představu o současném stavu této služby ve Středočeském kraji: kdo je jejich zřizovatelem, zda je dostatek zařízení v kraji a jak dlouho klienti na tuto službu musí čekat. Jedna z hypotéz se také věnuje otázce, zda jsou chráněná bydlení součástí Domovů pro osoby se zdravotním postižením, nebo zda jsou to zařízení, která jsou samostatnými subjekty. Praktická část se dále věnuje Středočeskému kraji, sociálním službám v tomto kraji a popisu konkrétních projektů, kterými Středočeský kraj sociální služby podporuje. Praktická část se především zaměřuje na analýzu dat, která vychází z vyhodnocování dotazníku, který jsem rozeslala do všech zařízení poskytujících službu chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Jednotlivé otázky jsou postupně vyhodnocovány a v závěru praktické části je celkový výzkum shrnut.

Metodou výzkumu bylo dotazníkové šetření, které mělo za cíl zmapovat chráněné bydlení. Tato metoda má úskalí v tom, že se komplikovaně dosahuje stoprocentní návratnosti dotazníku. Dotazník byl sestaven tak, aby informace byly ověřitelné i z jiných zdrojů a případně se mohl doplnit rozhovorem se zaměstnancem zařízení, který dotazník nevyplnil.

Středočeský kraj je jedním z největších krajů České republiky a také v něm momentálně žiji a pracuji, proto je diplomová práce zaměřena právě na tento kraj. Hlavním důvodem bylo, že ve Středočeském kraji pracuji jako vychovatelka v dětském domově rodinného typu. V péči dětského domova jsme měli dívku, která byla mentálně postižená (lehká mentální retardace) a pro kterou jsme se snažili zajistit službu chráněného bydlení. V praktické práci jsem zúročila tyto zkušenosti a snažila jsem se vytvořit dotazník, který by mapoval situaci chráněných bydlení právě díky zkušenostem, s kterými jsem se setkala ve své praxi.

Výsledky z výzkumu dále použiji pro vytvoření katalogu chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením ve Středočeském kraji. Na internetu je zveřejněn registr sociálních služeb, ale chybí v něm potřebné detaily, jako například, které služby se nabízejí, pro koho, za jakých podmínek a podrobnější popis zařízení, kde se konkrétní služby poskytují. I s tímto ohledem byl vytvářen dotazník pro tento výzkum. Věřím, že takový katalog by mohl přispět k lepší orientaci v problematice chráněného bydlení pro taková zařízení, jakými jsou například dětské domovy nebo jiné instituce zajišťující ústavní péči nebo jinou péči o osoby s mentálním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

„Chráněné bydlení je modernější formou celoroční péče. Spočívá v tom, že několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Chráněné bydlení by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta (...)

Rozsah služeb poskytovaných klientům chráněného bydlení závisí na jejich potřebách a míře závažnosti jejich postižení.“¹

Definice chráněného bydlení podle Matouška² je: *„Bydlení v bytě, který je v ideálním případě v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociálních služeb. Bydlí v něm jeden nebo více klientů, kteří se podle svých možností podílejí na vedení své domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury. Služby jsou klientovi podle individuální potřeby poskytovány sociálním pracovníkem, pečovatelem nebo asistentem.“*

Tato sociální služba je určena především klientům (uživatelům) a zajišťuje jim samostatné a nezávislé bydlení. Rada³ uvádí, že v terminologii chráněného bydlení jsou jisté nesrovnalosti. Chráněné bydlení můžeme chápat jako sociální službu, ale někteří chápou tento termín jako označení budovy, kde se tato služba poskytuje. Stejně tak poukazuje na vývoj pojmů uživatele sociální služby, který se za posledních několik

¹ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 177. ISBN 80-7367-060-7.

² MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vyd., Praha: Portál, 2008, s. 74. ISBN 978-80-7367-368-0.

³ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s 8–9. ISBN 80-239-9547-2.

desetiletí markantně změnil. Dříve se používaly pro člověka v zařízení termíny jako pacient, chovanec, později klient a dnes klient a uživatel. Klienti chráněného bydlení jsou nejčastěji osoby s mentálním postižením, a to v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace.

U osob s těžšími formami mentální retardace je situace podstatně horší, protože jejich spontaneita nemusí být každému příjemná. I když mohou žít v domácí péči nebo v chráněném bydlení, zůstává jejich sociální síť řídká a hrozí jejich sociální exkluze.

Skutečné schopnosti osob s mentálním postižením nemusí být rozhodující, setkávají se s předsudky, nepochopením a nepřijetím ze strany intaktní populace, která je a priori považuje za méně schopné, a někdy dokonce méněcenné.⁴

Ve službě chráněného bydlení je důležitý a chtěný kontakt klienta s rodinou. Tato služba může být v tomto velmi výhodná, neboť klient může bydlet poblíž své rodiny, ale samostatně.

1.1 Legislativa

Chráněné bydlení upravuje Zák. č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, § 51, který stanovuje, pro koho je tato služba určena, a jaké základní činnosti tato služba obsahuje.

Chráněné bydlení je pobytová služba určená těm, kteří mají z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění sníženou soběstačnost, a proto potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Zpravidla mívá formu skupinového nebo individuálního bydlení.

⁴ ŠIŠKA, J., in SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, s. 119. ISBN 978-80-247-1733-3.

Základní činnosti, které služba obsahuje:⁵

- *poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění,*
- *poskytnutí ubytování,*
- *podpora při zajištění chodu domácnosti,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *sociálně-terapeutické činnosti,*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Ne každý klient přitom využije všechny základní činnosti, které jsou mu nabízeny, vždy záleží na jeho schopnostech, dovednostech a osobních cílech, které si při objednávání služby určí.

1.2 Podmínky pro přijetí klienta do chráněného bydlení

Podmínky pro přijetí klienta do chráněného bydlení určuje poskytovatel služby v souladu s platnou legislativou a v souladu s tím, jaké prostory a personální zajištění služby daná organizace má – např. zda je objekt bezbariérový, kolik má k dispozici asistentů a finančních prostředků na jejich mzdu atd.

Příklad podmínek pro přijetí klienta:

Centrum 83, poskytovatel sociálních služeb, si určuje tyto podmínky: *„Služba není určena osobám se závažnými poruchami chování, které narušují kolektivní soužití,*

⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 177. ISBN 80-7367-060-7.

a osobám, jejichž zdravotní stav či druh postižení vyžaduje nepřetržitý dohled. Do chráněného bydlení jsou přijímáni dospělí lidé s mentálním postižením, kteří se rozhodli osamostatnit se tak, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Služba je určena pro žadatele, kteří jsou v době nástupu ve věku od 19 do 35 let.“⁶

Rada⁷ uvádí, že důležitý bod přijímání klienta do služby je dohoda o poskytování služby v podobě smlouvy. Chrání zřizovatele a klienta z právního hlediska. Forma smlouvy je velmi specifický problém. Většina klientů nebyla zbavena způsobilosti k právním úkonům, ale pro klienty s mentálním postižením je smlouva velmi těžko pochopitelná. Fakticky bývají klienti zastupováni svými rodiči. Některá zařízení mají smlouvy zjednodušené a doprovázeny piktogramy, aby byly srozumitelnější. Dalším problémem je ukončení smlouvy. Uživatel je zpravidla na službě víceméně závislý a poskytovatel by mohl uživateli smluvně diktovat nevýhodné podmínky, proto je potřeba, aby smlouva byla sepsána tak, aby klienta dostatečně chránila. Není tedy zbytečné, aby smlouvu před podepsáním klienta zkontroloval právník a případně ošetřil smlouvu tak, aby nebyla pro klienta nevýhodná nebo riziková. Na druhou stranu musí být ve smlouvě explicitně vyjmenovány všechny možnosti, za kterých může poskytovatel smlouvu vypovědět.

Nejčastěji to bývají tyto možnosti:

- Neplnění povinností ze strany klienta: neplacení poplatků za poskytované služby,
- porušování provozního řádu,
- narušování soužití s ostatními spolubydlíci,
- závažná změna zdravotního nebo psychického stavu,
- fyzické napadení spolubydlících nebo personálu,
- otěhotnění klientky.

⁶ *Popis realizace poskytované sociální služby.* [online]. © 2. 9. 2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z:<<http://www.centrum83.cz/wp-content/uploads/2013/05/Popis-realizace-CHB.pdf> >

⁷ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením.* 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 33-34. ISBN 80-239-9547-2.

1.3 Úhrada za chráněné bydlení

Služby chráněného bydlení jsou zpoplatněny a zahrnují několik činností. Zákon o sociálních službách určuje maximální výši úhrady prováděcím předpisem. V první řadě jsou to úhrady spojené s provozem samotného bytu nebo domu, tzn. úhrada za ubytování. Další úhrady jsou spojené s konzumací potravin: tím, že se zpravidla jedná o společnou domácnost, je nutné přispívat do společné pokladny na úhradu jídla. Klienti mohou buď vařit sami s podporou a pomocí asistenta, nebo jim může organizace jídlo zajišťovat jiným způsobem, např. dovozem ze školní jídelny. Jídelníček bývá připraven zpravidla na několik dnů dopředu (např. na týden) a klient není povinen jídlo objednat a konzumovat.

V neposlední řadě jde o úhradu za péči, tedy za práci asistentů. Ti jsou placeni organizacemi, které službu poskytují, a tyto organizace peníze získávají z úhrad od klientů, z dotací od obcí, krajů, sponzorských darů a z dalších zdrojů. „*Ze strany veřejných rozpočtů je roční příspěvek na provoz nestátních zařízení sociálních služeb nenárokový, a tudíž nejistý.*“⁸ A proto podle Rady⁹ není pro nestátní zařízení jednoduché určit výši částky, kterou je nutné od klientů vyžadovat.

Všechny služby v chráněném bydlení jsou zpoplatněny. Klient platí nájem, stravu a pak platí za služby, které mu zařízení poskytuje. Když má klient přiznaný příspěvek na péči a ještě invalidní důchod, není problém, aby pokryl penězi z těchto dávek své živobytí v chráněném bydlení. V případě, že klient pracuje, má další finance, které mu buď zbývají, anebo je použije na placení bydlení a služeb.

⁸ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 23. ISBN 80-239-9547-2.

⁹ Tamtéž, s. 23.

1.4 Formy chráněného bydlení

Podle Rady¹⁰ existují dva typy chráněného bydlení:

- podle cílové skupiny klientů

Existují zařízení, kde jsou klienti jen s mentálním postižením nebo jen s tělesným postižením. Jako spíše experiment vznikají i zařízení, kde jsou klienti s různými typy postižení. Rizika v těchto zařízeních jsou poměrně značná, jelikož vznikají problémy v soužití skupin lidí s různými druhy postižení. Např. klienti s tělesným postižením mají oprávněný požadavek, aby nebyli podrobeni stejným pravidlům jako klienti s mentálním postižením – zvýšený dohled, omezení zacházení s nebezpečnými předměty apod. Naopak klienti s mentálním postižením velmi těžce nesou, pokud mají jiná pravidla než ostatní. Rada uvádí, že dobrou zkušenost mají naopak zařízení, kde spolu žijí lidé s mentálním postižením a senioři. Senioři na sebe berou úlohu rádců a ochránců, což považují za smysluplnou činnost, a lidé s mentálním postižením jejich autoritu velmi dobře přijímají, je pro ně velmi přirozená a mnohdy se lépe podřizují autoritě starších lidí než mladých asistentů a asistentek.

- podle počtu klientů

S počtem klientů se velmi mění charakter poskytované služby. Chráněné bydlení by mělo suplovat běžný způsob bydlení a není rozhodně přirozené, aby v jednom bytě žilo spolu několik cizích lidí. Správné řešení podle Rady by bylo, kdyby v jednom bytě žil jeden člověk, ke kterému by docházel asistent dle jeho individuálních potřeb. Tento model se velmi blíží podpoře samostatného bydlení, kdy je v bytě klienta poskytována klientovi služba v podobě asistence. Rada má však na mysli, že byt by byl zřizovatele a ten by dlouhodobě pronajímal byt klientovi s poskytováním asistence. Tento model prosazuje v Praze Společnost DUHA.

¹⁰ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 10-11. ISBN 80-239-9547-2.

Častěji však vznikají zařízení, která jsou pro více klientů, a jsou tedy komunitního typu. Tato zařízení vznikají hlavně z těchto důvodů:

- *„Ekonomické možnosti – vybudovat zařízení pro více klientů je jednoznačně ekonomičtější. Nejde jen o samotnou výstavbu, ale i o personální úsporu. Pokud je více klientů pohromadě, asistent jim může efektivněji pomáhat. Zde však číhá jedno nebezpečí: hrozí, že ve skutečnosti organizace zřídí místo chráněného bydlení malý ústav, nebo jakýsi „ústav s lidskou tváří“.*
- *Stereotyp poskytovatelů – v našich končinách stále přetrvává v sociálních službách poskytovaných lidem s mentálním postižením pečovatelský model. Poskytovatelé se snaží o tyto lidi pečovat, a nikoliv je uschopnit a zařadit do běžného života.*
- *Specifika lidí s mentálním postižením – tento důvod mluví ve prospěch zařízení s více klienty. Lidem s mentálním postižením jednoznačně prospívá pobyt v kolektivu lidí s obdobným handicapem. Rozvíjí se tak jejich sebevědomí, komunikační a sociální schopnosti a psychická pohoda. Pokud jsou sociální služby pro osoby s mentálním postižením zaměřeny na jejich aktivizaci a vytržení z určité izolace, pak je zcela samostatné bydlení může uvrhnout zpět do osamění a izolace.“¹¹*

Kromě toho je možné chráněné bydlení rozlišit podle množství podpory, kterou klienti potřebují. Zatímco někteří klienti jsou schopni samostatného života a potřebují podporu jen v určitých situacích (např. vyprat, vyřídít pochůzky na úřadech, uvařit slavnostní jídlo), jiní klienti potřebují každodenní několikahodinovou péči a pomoc i s běžným chodem domácnosti. Jsou i klienti, kteří potřebují, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, neustálou péči a dohled, takže se u nich asistenti střídají v nepřetržitém provozu.

¹¹ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 11-12. ISBN 80-239-9547-2.

1.5 Personální zajištění chráněného bydlení

Množství personálu, který zajišťuje chráněné bydlení, je podstatně menší než množství personálu, který zajišťuje ústavní péči. Spoustu činností totiž zvládnou sami klienti nebo klienti s podporou osobních asistentů, zatímco tytéž služby jsou v ústavní péči poskytovány pracovníky (např. praní, vaření, úklid a podobně). Péči v chráněném bydlení tedy zajišťují osobní asistenti, jejichž počet závisí na množství a individuálních potřebách klientů. Podle Rady¹² je ideální poměr jeden asistent na čtyři klienty. Jak ale popisuje, za současného stavu financování sociálních služeb je to velmi obtížně dosažitelný cíl. Rozumný kompromis představuje šest až osm klientů na asistenta. Zatímco jeden asistent může mít na starost několik chráněných bytů (v případě velmi soběstačných klientů), jiný chráněný byt mohou mít na starosti dva i více asistentů, neboť je nutné zajistit nepřetržitou asistenci. Záleží na druhu postižení a potřeby péče.

Kvalifikační předpoklady pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách stanoví zákon o sociálních službách (viz předchozí kapitoly).

Organizace poskytující sociální službu chráněného bydlení pak také musí mít pracovníky v administrativě, tzn. účetní, vedoucí, kteří mají na starosti sjednávání služeb s klienty a jejich zákonnými zástupci, případně může mít organizace i údržbáře, který se stará o havárie a údržbu v jednotlivých bytech (to je výhodné v případě velké organizace, kde je větší frekvence oprav, zatímco v případě malých organizací spravujících několik málo bytů se toto zajišťuje externí firmou).¹³

Co se týče asistentů, měli by mít klienti právo výběru asistenta z nabízených, neboť se asistent stává blízkou osobou, se kterou klient sdílí své radosti i starosti. I to je rozdíl oproti ústavní péči, kde o přidělení pracovníků rozhoduje ředitel nebo vrchní vychovatel.

¹² RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 23. ISBN 80-239-9547-2.

¹³ Tamtéž, s. 22.

1.6 Služby chráněného bydlení

Organizace, které poskytují službu chráněného bydlení, neposkytují jen tuto izolovanou službu, ale zpravidla celý komplex služeb, které lidé s postižením mohou potřebovat.

Služby, které navazují na službu chráněného bydlení, se zaměřují na pracovní uplatnění klientů. V případě, že klienti jsou senioři, zaměřují se spíše na jejich volný čas. Když je to možné, jsou klienti zahrnuti do služeb podporovaného zaměstnání. Klienti jsou tak maximálně podporováni, aby si našli a udrželi pracovní místo na otevřeném trhu práce. Jde o specifický pracovní program lišící se od služeb chráněných pracovních míst, která jsou vhodnější pro klienty s těžšími formami mentálního postižení. U podporovaného zaměstnání dochází k zacvičení klienta přímo v zaměstnání a služba dále využívá přirozených zdrojů podpory, což mohou být například spolupracovníci.¹⁴

Další službou, kterou mohou organizace také poskytovat, jsou služby chráněných dílen, v nové terminologii jsou to chráněná pracovní místa nebo podporované zaměstnání. „*Tato pracoviště jsou provozována právníckými nebo fyzickými osobami, pokud v nich pracuje alespoň 60 % občanů se změněnou pracovní schopností.*“¹⁵ Je v podstatě pravidlem, že tyto služby jsou poskytovány mimo prostory chráněného bydlení. I to totiž přispívá k normalizaci života osob s postižením, neboť stejně jako intaktní populace pracuje v jiném prostředí, než kde žije, i lidé s mentálním postižením jsou podporováni v tom, aby pracovali mimo domov a tak získávali sociální dovednosti a rozšiřovali své sociální sítě. Není žádoucí zaměstnávat pracovníky v přímé péči v dalších službách, které klientům chráněného bydlení zprostředkovává, a to z důvodu,

¹⁴ DOLEŽAL, R., VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, příručka pro zaměstnavatele k projektu OPR LZ 3.1., „aktivizační a vzdělávací centrum“*. Brno: Paido, 2007, s. 96. ISBN 978-80-7315-143-0.

¹⁵ ZÁMEČNÍKOVÁ, D., in VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované vyd., Brno: Paido, 2004, s. 207. ISBN 80-7315-071-9.

že klienti pak mají pocit, že jsou pod neustálým dohledem a nejsou tedy dostatečně podporováni v samostatnosti.¹⁶

Podle Novosada¹⁷ je prvořadým přínosem chráněného pracovního místa „*efekt psychologický, výchovný, sociálně- a rehabilitačně-terapeutický. Lidé se tak mohou setkávat, komunikovat spolu, diskutovat o svých problémech, společně vytvářet hodnoty, poznávat cenu času a práce, procvičovat a rozvíjet motorické, komunikační a jiné dovednosti i utvářet vlastní sebehodnocení.*“ Tato všechna pozitiva staví Novosad nad efekt získání financí.

Mezi další služby poskytované organizacemi, jež nabízejí službu chráněné bydlení, patří centra denních služeb, týdenní a denní stacionáře, sociálně terapeutické činnosti, odlehčovací služby, sociální firmy, volnočasové aktivity apod.

¹⁶ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 22. ISBN 80-239-9547-2.

¹⁷ NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 34-35. ISBN 80-7367-174-3.

2 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Pojem mentální retardace znamená opožděnost rozumového vývoje. Skládá se z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Mentální retardace je ve skutečnosti složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen psychické schopnosti, ale i všechny složky lidské osobnosti.

Mentální postižení lze definovat z různých hledisek, viz tabulka níže.

Tabulka 1 : Přístupy k definování mentálního postižení

Přístup	Definice
biologický	postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
psychologický	primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)
sociální	postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
pedagogický	snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
právní	snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

Zdroj¹⁸

¹⁸ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007, s. 110. ISBN 978-80-247-1733-3.

Jednou z často používaných definic je definice od Dolejšího: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“¹⁹

„*Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje oligofrenie, která se zpravidla pojímá jako opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.*“²⁰

Valenta a Müller definují mentální retardaci „*jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“²¹

Definice mentální retardace podle Vágnerové: „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 %*

¹⁹ DOLEJŠÍ, M. in VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a speciální*. 2. rozšířené vyd., Brno: Paido, 2004, s. 293. ISBN 80-7315-071-9.

²⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 24. ISBN 80-7178-821-X.

²¹ VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 14. ISBN 80-7320-063-5.

normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“²²

V dnešní společnosti podporující integraci je trendem nenálepkovat lidi s postižením. Tedy ani instituce by neměly nést jména zavádějící, ale měly by být spíše integračního charakteru. Proto se například dnes již nepoužívá termín ústav sociální péče, ale domov pro osoby se zdravotním postižením. Podle Švarcové²³ se také stále více používá termín handicap (znevýhodnění), který chápe vadu či defekt spíše jako ztrátu či omezení příležitosti účastnit se života ve společnosti na stejné úrovni jako ostatní intaktní jedinci. Termín handicap vyjadřuje spíše konflikt ve vztahu osoby s postižením a prostředím než samotnou skutečnost postižení.

2.1 Etiologie mentálního postižení

„V populaci se vyskytují přibližně 3 % mentálně postižených lidí. Jejich četnost se liší v závislosti na míře defektu, nejčastěji jde o lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí 70 % všech takto postižených lidí. Závažnější formy jsou vzácnější. Chlapci a dívky bývají postiženi v přibližně stejné míře, občas je uváděna o něco vyšší četnost mentální retardace u dětí mužského pohlaví.“²⁴

²² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 289. ISBN 978-80-7367-414-4.

²³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 30. ISBN 80-7367-060-7.

²⁴ KÖHLER, T., in VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 290. ISBN 978-80-7367-414-4.

Jakabčic a Požár²⁵ uvádějí, že skupina lidí s mentálním postižením je nejpočetnější skupinou lidí ze všech druhů postižení. Přitom počet lidí s mentálním postižením stagnuje nebo mírně stoupá a to si vysvětlují tak, že je to důsledek lepší depistáže osob s mentálním postižením a lepší pediatrické péče, která má za následek snížení úmrtnosti novorozenců a kojenců.

Podle odhadu Koláčkové a Kodýmové²⁶ je v ČR přibližně 600 tisíc osob s mentálním postižením.

Rozložení úrovně inteligence v populaci je znázorněné Gaussovou křivkou, tzn., že je přibližně stejný počet jedinců s hlubokou MR a osob s extrémně vysokým IQ (nad 150), jedná se asi o 0,2 % populace. Tímto způsobem se počty a výskyt osob blíží ke středu. Tedy asi 2,1 % populace má středně těžkou až těžkou MR a naopak stejný počet osob má velmi vysoké IQ (kolem 140). Dále 13,6 % osob trpí lehkou MR a na druhé straně stejný počet má vysoké IQ (kolem 120) a nakonec pásmo normy, které se pohybuje pod a nad 100 IQ, těchto lidí je v populaci samozřejmě nejvíce, téměř 70 %.

Příčiny vzniku mentálního postižení neboli etiologie mentálního postižení nejsou vzhledem k velkému množství faktorů zcela jednoznačné. Podle různých autorů se setkáváme s množstvím kategorizace příčin vzniku mentálního postižení. Nejčastěji se však můžeme setkat s rozdělením na exogenní (vnější) a endogenní (vnitřní) příčiny. Podle Krejčířové²⁷ se ve výzkumu příčin mentálního postižení setkáváme s dvěma rozdílnými hledisky. Prvním je „*hledisko akcentující dědičnost a více či méně podněcující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka*“. Druhým je „*hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovaly vlivy genetické*“.

²⁵ JAKABČIC, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia., Patopsychológia mentálne postihnutých.* 1. vyd., Bratislava: Iris, 1995, s. 127. ISBN 80-88778-11-5.

²⁶ KOLÁČKOVÁ, KODÝMOVÁ in MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 90. ISBN 80-7367-002-X.

²⁷ KREJČÍŘOVÁ, O., in RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika.* 3. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, s. 67. ISBN: 80-244-1073-7.

Etiologie mentálního postižení podle Vágnerové:²⁸ hlavní příčinou mentální retardace je postižení CNS. Vzniknout může různými způsoby a projeví se kvantitativně, ale i kvalitativně v klinickém obrazu, tzn. závažností postižení a jeho symptomy. Mentální retardace je multifaktoriálně podmíněné postižení. Na jeho vzniku se může podílet porucha genetických dispozic, ale i různé exogenní vlivy. V případě poruchy genetických dispozic se jedná o narušení rozvoje CNS a exogenní vlivy poškodí mozek v jeho rané fázi vývoje. Obě příčiny se mohou determinovat.

Genetická podmíněnost mentálního postižení²⁹

Základem je porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Takových odchylek existuje velmi mnoho, často se jedná o syndrom, jehož jedním příznakem je mentální retardace.

Z genetického hlediska můžeme rozlišit:

- Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autozomů. Příkladem je trisomie 21. chromozomu, jinak nazývaná jako Downův syndrom. Dalším příkladem může být ztráta (delece) 5. chromozomu, což je strukturální porucha nazývaná syndrom kočičího křiku.
- Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů. Příkladem je syndrom lomivého X postihující převážně chlapce.
- Poruchy vzniklé na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou. V důsledku určitého chorobného procesu dochází k poškození mozku patologickými metabolity, jako je např. neléčená fenylketonurie.
- Poruchy polygenně podmíněného omezení intelektového vývoje. Jedná se o krajní variantu normy. Jedinec má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. Velmi často bývají obdobně postiženi i rodiče a sourozenci či jiní příbuzní.

²⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 290. ISBN 978-80-7367-414-4.

²⁹ Tamtéž, s. 290.

Teratogenní faktory³⁰

Teratogenní faktory mohou velmi negativně ovlivnit prenatální vývoj plodu a mohou být tedy příčinou postižení CNS, ale i jiných druhů postižení v době, kdy primárním prostředím vývoje plodu je tělo matky. Teratogenní vlivy poškozují vývoj dítěte právě prostřednictvím organismu matky.

Rozdělení teratogenních vlivů:

- Fyzikální: záření nebo porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky s následným krvácením do mozku, nedostatek kyslíku aj.
- Chemické: léky, alkohol, drogy aj.
- Biologické: onemocnění matky během těhotenství – virové a mikrobiální. Typickým příkladem je virus zarděnek, toxoplazmóza aj.

Postnatální poškození mozku³¹

Do této kategorie jsou zařazována poškození mozku do 1,5–2 let věku dítěte. Jedná se o zánětlivá onemocnění, úrazy hlavy, otravy aj. V této době je velmi těžké rozlišit primární postižení od později vzniklé stagnace vývoje. Pokud je například příčinou vývojového opoždění deprivace, tzn. nepřiměřená a nedostatečná stimulace dítěte, nelze mluvit o mentální retardaci, ačkoli symptomy na ni ukazovat mohou. Mohli bychom definovat toto opoždění jako sociální poškození vývoje rozumových schopností (dříve pseudooligofrenie). Jeho příčinou není poškození CNS, ale nedostatek stimulů. Pokud by se dítě dostalo do stimulačního prostředí, jeho stav by se zlepšil. Velmi často ale v prostředí, které děti nestimuluje, je také jiná, např. genetická, podmíněnost nějaké dysfunkce v intelektu.

³⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 291. ISBN 978-80-7367-414-4.

³¹ Tamtéž, s. 292.

Jako nejčastější příčiny mentálního postižení Švarcová uvádí:³²

Následky infekcí a intoxikací:

- prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie, kongenitální syfilis),
- postnatální infekce (např. zánět mozku),
- intoxikace (např. toxémie matky, otrava olovem),
- kongenitální toxoplasmóza.

Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:

- mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
- postnatální poranění mozku nebo hypoxie.

Další příčiny mentálního postižení:

- poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy a další),
- makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou),
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další),
- anomálie chromozomů (např. Downův syndrom),
- nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů),
- vážné duševní poruchy,
- psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek),
- jiné a nespecifické etiologie.

³² ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 62. ISBN 80-7367-060-7.

„Nutno podotknout, že i když věda při objasnění příčin vzniku mentální retardace vykonala velký díl práce, stále se nemůžeme dopátrat příčiny poruchy u přibližně třetiny osob s mentální retardací.“³³

2.2 Klasifikace mentální retardace

Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace v Ženevě a která vstoupila v platnost roku 1992 se mentální retardace podle této klasifikace dále dělí na 6 základních kategorií.³⁴

- lehká mentální retardace (F70) IQ 50–69,
- středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35–49,
- těžká mentální retardace (F72) IQ 20–34,
- hluboká mentální retardace (F73) IQ nižší než 20,
- jiná mentální retardace (F78),
- nespecifikovaná mentální retardace (F79) IQ 85–69.

Mentální retardace představuje sníženou úroveň rozumových schopností neboli inteligence, která se dále dělí na tři základní druhy:³⁵

- abstraktní inteligence (projevující se při verbálních a symbolických operacích)
- mechanická inteligence (schopnost operování s předměty)
- sociální inteligence (schopnost komunikovat s lidmi).

³³ VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 51. ISBN 80-7320-063-5.

³⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 33-36. ISBN 80-7367-060-7.

³⁵ SVOBODA, M., in ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 32. ISBN 80-7367-060-7.

Dle druhu a hloubky postižení jsou poškozeny většinou všechny složky inteligence, ovšem v různé míře.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, neboli IQ. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentálnímu věku) a mezi chronologickým věkem. Mentální věk je výsledkem standardizovaných testů. Význam IQ spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštностech inteligence konkrétní osoby, a tedy by se nemělo brát v úvahu jen toto zařazení.

Další dělení MR je podle typu postižení:³⁶

- eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní),
- torpidní (apatický, netečný, strnulý),
- nevyhraněný.

2.2.1 Lehká mentální retardace F70 (IQ 50–69)

Mentální věk u lehké mentální retardace odpovídá věku 9–12 let. To znamená, že osoba v dospělosti dosáhne maxima svých schopností na úrovni 9–12letého dítěte. Diagnóza lehké mentální retardace je většinou stanovena až v předškolním věku, někdy dokonce až po nástupu do základní školy. Samozřejmě tyto děti vykazují opožděný vývoj již v raných stádiích dětství, ale vývojem do předškolního věku prochází s určitými odchylkami vcelku v normě. Nejzápadnější problémy jsou mezi 3 a 6 rokem: opožděný vývoj psychomotorických funkcí, malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, stereotyp ve hře. Konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá

³⁶ BAZALOVÁ, B., in PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 292. ISBN 978-80-7315-198-0.

motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace – to jsou nejvýraznější problémy v období školní docházky.³⁷

Citová a volní stránka osobnosti bývá u osob s lehkou mentální retardací nevyzrálá. Časté mohou být výkyvy nálad se sklony k afektům. Také je snížena schopnost adekvátního volního jednání. Autoregulační schopnost je ovlivněna emocionalitou, zvýšenou sugestibilitou a nízkou úrovní sebekontroly. V sebehodnocení se projevuje nekritičnost a závislost na hodnocení druhých. Velká míra sugestibility, nedostatek kritičnosti a racionality představují riziko vzhledem k možnému zneužití těchto osob.³⁸

Osoby s lehkou mentální retardací se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v ZŠ praktické, ale mají možnost i integrace do běžné ZŠ při splnění stanovených podmínek integrace. Na druhou stranu i tyto děti mohou trpět současně i specifickými poruchami učení, jako je dyslexie, dysgrafie, které u nich nejsou takto diagnostikovány, ale mají stejné symptomy. Většina jedinců dosáhne nezávislosti v osobní péči a jsou schopni vykonávat domácí práce a později i jednoduchá zaměstnání. Většina těchto dětí se po ukončení povinné školní docházky vyučí v prakticky zaměřených oborech a při dostatečné sociální podpoře a rodinném zázemí jsou tito jedinci schopni dosáhnout v dospělosti úplné samostatnosti. Potřebují někdy menší míru asistence či pomoci hlavně v nových, složitějších životních situacích.³⁹

2.2.2 Středně těžká mentální retardace F71 (IQ 35 – 49)

Mentální věk dospělého jedince se středně těžkou mentální retardací odpovídá chronologickému věku 6–9 let. Opoždění vývoje u dětí se středně těžkou mentální

³⁷ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 198. ISBN 80-247-1049-8.

³⁸ VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 44. ISBN 80-7320-063-5.

³⁹ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 198. ISBN 80-247-1049-8.

retardací je většinou zachyceno již v kojeneckém nebo batolecím věku. Středně těžká mentální retardace má často organickou etiologii. Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn, řeč bývá velmi jednoduchá, slovník je obsahově chudý, vyskytují se časté agramatismy, děti tvoří jednoduché věty nebo slovní spojení a někdy komunikují pouze nonverbálně. Velmi často se přidruženě vyskytuje i epilepsie, autismus a další neurologické a tělesné potíže. Vývoj jemné a hrubé motoriky je opožděn, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a velmi je snížena jemná motorika.⁴⁰

Tyto osoby jsou schopny si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v sebeobsluze, i když tato samostatnost je značně omezená.

Většina dětí zvládá osnovy speciální školy. V minulosti byly tyto děti osvobozovány od povinnosti školní docházky, což dnes již není možné. Ve speciálních školách mají přípravný stupeň a vzdělávání je zaměřeno spíše na zvládání praktických dovedností. Tyto děti již nemají nálepkou „nevzdělatelných“, což je významné hlavně pro jejich rodiče. Při kvalitním a cíleném vedení většina dětí zvládne dovednosti sebeobsluhy a osvojí si jednoduché pracovní postupy. Mohou se později uplatnit v chráněných dílnách či v programech podporovaného zaměstnání.⁴¹

Osoby se středně těžkou mentální retardací bývají často klienty sociálních služeb typu chráněného bydlení a různých denních či týdenních stacionářů. Velmi záleží na rodinném prostředí a na jeho vedení. Je veliký rozdíl mezi jedinci, kteří vyrůstají v rodině, která osobu se středně těžkou mentální retardací přijala a podporuje ji, a mezi osobou buď z ústavu, nebo z nepodnětné či nevyrovnané rodiny.

2.2.3 Těžká mentální retardace F72 (IQ 20–34)

Dospělé osoby s těžkou mentální retardací dosahují mentálního věku 3–6 let. Lidé s těžkou mentální retardací jsou schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy. Jejich

⁴⁰ BAZALOVÁ, B., in PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 292. ISBN 978-80-7315-198-0.

⁴¹ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 198-199. ISBN 80-247-1049-8.

uvažování je vlastně na úrovni batolete, maximálně předškoláka. Často se jedná o kombinovaná postižení s poruchami pohybového aparátu nebo poruchami zraku či sluchu různého stupně.

Těžká mentální retardace může mít etiologii negenetickou (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce), nebo genetickou. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. U těchto jedinců probíhá dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Bývají přidruženy i jiné somatické vady. Někteří jedinci jsou schopni si osvojit základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy, jiní však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Patrné je značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti, minimální rozvoj komunikačních dovedností. Řeč je jednoduchá, omezená na jednoduchá slova a někdy se nemusí vytvořit vůbec. Bývá narušena afektivní sféra, nestálost nálad, impulzivita, mimovolní pohyby. Osoby s těžkou mentální retardací jsou schopny poznat své nejbližší osoby, ale je zapotřebí celoživotní péče. Nikdy nedosáhnou samostatnosti v sebeobsluze a jiných činnostech. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v ZŠ speciální.⁴²

Učení těchto jedinců je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy. Často se u tohoto postižení vyskytují kombinované vady (postižená motorika, epilepsie). Jsou závislí na péči druhých lidí.⁴³

Podle Krejčířové⁴⁴ by měl být kladen důraz při jejich stimulaci hlavně na oblast komunikativní. U těchto jedinců se často používá systém alternativní komunikace, tedy prostřednictvím piktogramů, systému Bliss, Makatonu či jiného systému. Je důležité naučit tuto osobu komunikovat a sdělovat své potřeby, které jsou potřebné pro jejich sebeuplatnění. Ani tyto děti nejsou zbaveny povinné školní docházky. Bývají zařazovány do tzv. rehabilitačních tříd speciálních škol. Takto vedené děti mohou

⁴² BAZALOVÁ, B., in PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 293. ISBN 978-80-7315-198-0.

⁴³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 302. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴⁴ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 199. ISBN 80-247-1049-8.

v dospělosti vykonávat za kvalitní podpory některé dílčí pracovní úkony, například v domácnosti.

2.2.4 Hluboká mentální retardace F73 (IQ nižší než 20)

Mentální věk odpovídající v dospělosti jedince s hlubokou mentální retardací maximálně 3 let. Většinou se jedná o organickou etiologii.

Osoby s hlubokou mentální retardací bývají často imobilní nebo jsou schopny jen minimálního pohybu. Většinou se jedná o kombinované postižení s přidružením i několika dalších vad sluchu, zraku, pohybového ústrojí, neurologických poruch aj. Jedinci s hlubokou mentální retardací si neosvojí ani základy mluvené řeči a porozumění řeči bývá velmi omezeno. Jsou schopni reagovat libostí nebo nelibostí. Osoby s hlubokou mentální retardací reagují citlivě na taktilní podněty a na zvuky, zejména na emoční tón hlasu. Jejich komunikace bývá globální – vyjadřují svou nespokojenost či spokojenost (úsměv, pláč aj.). Komunikace s takovými jedinci probíhá právě nejčastěji prostřednictvím taktilní stimulace. Tyto děti bývají také vřazovány do rehabilitačních tříd speciálních škol. Cílem vzdělávacího procesu není osvojení „trivia“, ale maximální možné naplnění kapacity každého jedince dle svých možností s využitím jeho silných stránek k dosažení co možná největší možné samostatnosti v dospělosti.⁴⁵

V dospělosti i přes všechny snahy bývají často umístováni v domovech pro zdravotně postižené. V případě, že osoba s hlubokou mentální retardací ztratí rodinné zázemí z důvodu úmrtí rodiče nebo obou rodičů, je tato osoba zcela odkázána na péči v ústavu.

⁴⁵ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 199-200. ISBN 80-247-1049-8.

2.2.5 Jiná mentální retardace F78

Tato kategorie je užívána tehdy, pokud je patrné, že intelektové schopnosti jsou výrazně sníženy a retardace je zjevná. Vzhledem k těžkému kombinovanému postižení však nelze přesně určit stupeň postižení. Není možné tohoto jedince vyšetřit dle standardizovaných metod.⁴⁶

Nejčastěji se jedná o jedince s přidruženým sensorickým nebo somatickým poškozením, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u osob s těžkým tělesným postižením.⁴⁷

2.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace F79

Tato kategorie se používá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací k zařazení pacienta do jedné z uvedených kategorií. Jedná se hlavně o děti, které bývají geneticky zatížené z rodiny a hlavně pocházejí z nepodnětného prostředí – nejde tedy primárně o poškození CNS, ale hlavně o sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí aj.⁴⁸

2.3 Specifika osobnosti člověka s mentálním postižením

„Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci

⁴⁶ ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006, s. 195. ISBN 80-247-1049-8.

⁴⁷ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 36. ISBN 80-7367-060-7.

⁴⁸ Tamtéž, s. 36-37.

*bývají obvykle pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující.*⁴⁹

Podle Valenty a Müllera⁵⁰ je třeba si uvědomit, že u mentální retardace nejde jen o časové opožďování vývoje, ale o strukturální vývojové změny. Postiženého jedince nelze tedy automaticky přirovnávat k mladšímu intaktnímu jedinci, neboť se nejedná jen o změny kvantitativní, ale i kvalitativní.

Mentální retardace se dotýká všech psychických funkcí – projevuje se zvláštnostmi v oblasti řeči, vnímání, myšlení, emocionality a volních vlastností. Zasahuje do sebehodnocení a sebepojetí mentálně postižených osob.

Níže jsou uvedena základní specifika v různých oblastech osobnosti trpící mentální retardací, samozřejmě hloubka a stupeň postižení těchto dílčích funkcí záleží na stupni mentální retardace.

Myšlení

Myšlení mentálně postižených dosáhne v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací (u lehce mentálně postižených jedinců). Jejich uvažování bude vždy vázáno na realitu. Mentálně postižení se nedokážou odklonit od svého pohledu na situaci a od vlastních pocitů a potřeb, které jeho poznávání zkreslují. Neschopnost nadhledu se projeví sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou, která je následkem trvání na svém pohledu. Myšlení mentálně postižených je charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitých způsobech řešení. Ulpívanost a preference známého je obranou před nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty. Mentálně postižení se dokáží mechanicky naučit určitá pravidla, která většinou

⁴⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 292. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁵⁰ VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy, metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 39. ISBN 80-7320-063-5.

nedokáží v praxi účelně aplikovat, protože nechápou určité rozdíly mezi různými situacemi. Jejich postoj k problémům bývá spíše pasivní, obvykle očekávají jejich řešení od jiných nebo na ně rezignují. Někdy mohou reagovat i agresivně. Agresivitu lze chápat jako projev zoufalství v situaci, které nerozumějí a nedovedou ji řešit.⁵¹

Podle Valenty a Müllera⁵² je myšlení mentálně postiženého jedince zatíženo přílišnou konkrétností a je neschopno vyšší abstrakce a generalizace. Také je pro něj typická nepřesnost a chybovost v analýze a syntéze. Myšlení se vyznačuje slabou řídicí funkcí a nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné.

Řeč

Řeč jde ruku v ruce s myšlením. Jaká je schopnost rozvoje myšlení, taková je schopnost vyjádření myšlení – tedy řeči. Mezi těmito proměnnými funguje přímá úměra. Řeč u mentálně postižených osob bývá deformována. Nacházíme nedostatky ve všech rovinách řeči: v rozvoji fonemického sluchu, v artikulaci a obsahu sdělení.⁵³

Řečový projev je nápadný méně přesnou výslovností. Protože mají omezenou slovní zásobu a potíže v pochopení celkového kontextu, je pro mentálně postižené obtížnější porozumět i běžnému verbálnímu sdělení. Nejsou schopni chápat složitější slovní obraty, ironii, žert apod. Mají potíže v pochopení celkového kontextu. Stručné a jednoduše formulované informace jsou nejvhodnější formou komunikace. Jedinci s lehkým mentálním postižením zvládnou běžné konkrétní pojmy a základní slovní obraty. Typickým znakem řečového projevu u mentálně postižených je jazyková necitlivost (ta se projevuje četnými agramatismy) a nápadná jednoduchost vyjádření (preferenci krátkých vět, konkrétních pojmů, stabilních slovních spojení, které bývají stereotypní). U nejzávažněji postižených se schopnost verbálně vyjadřovat nerozvíjí vůbec. Nabývá tedy na významu neverbální komunikace, je totiž zapotřebí, aby nám

⁵¹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 292-293. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁵² VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 40-41. ISBN 80-7320-063-5.

⁵³ Tamtéž, s. 41.

i těžce postižení jedinci sdělili své potřeby a pocity. Proto je potřeba je naučit vyjádřit jakoukoli formou základní pocity, např. souhlas či nesouhlas.⁵⁴

Paměť

Podle Švarcové⁵⁵ paměť patří mezi základní determinanty psychického vývoje už od dětství. Díky paměti si dítě uchovává zkušenosti z minulosti a ve vhodnou dobu si je dokáže vybavit a použít je. U dětí, ale i dospělých s mentální retardací, je tato schopnost značně omezena. Vše nové si osvojují velmi pomalu a potřebují k tomu, v závislosti na stupni postižení mnoho opakování. Osvojené poznatky rychle zapomínají a zpravidla je neumějí vhodně využít v praxi. Kvalitu paměti snižuje i nízká úroveň myšlení. Děti s mentální retardací si lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů a nezapamatují si vnitřní logické souvislosti, protože je nedokáží vyčlenit. Charakteristickou zvláštností u dětí s mentální retardací je, že se nedokáží cílevědomě učit a vzpomínat si. Jsou schopni si zapamatovat jednotlivé věty nebo část čteného textu, ale zpravidla nechápou jeho obsah.

K zvláštnostem paměti mentálně postižených osob patří také nekvalitní třídění pamětních stop. Postižení mají spíše mechanickou paměť, ta znemožňuje vyčlenit z celku to podstatné. Existují i příklady mentálně postižených osob, co si pamatují telefonní seznam, ale už nejsou schopni ho použít v praxi.⁵⁶

Pozornost

Záměrná pozornost, která je velmi důležitá při osvojování nových poznatků, vjemů aj., je u mentálně postižených osob narušena. Vykazuje nízký rozsah, nestálost a snadnou unavitelnost. Jedinci s mentálním postižením jsou schopni udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jejich intaktní vrstevníci. Po soustředění musí

⁵⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 293-294. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁵⁵ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 48-49. ISBN 80-7367-060-7.

⁵⁶ VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 42. ISBN 80-7320-063-5.

následovat relaxace. Je nutné počítat s tím, že schopnost udržet pozornost se liší podle postižení a časové křivky dne.⁵⁷

Učení

Učení mentálně postižených osob je v určité míře také omezeno. Schopnost učení, motivace k učení, ale i její efektivita je velmi narušena. Učení u mentálně postižených je převážně mechanické, asociační. Veškeré informace, dovednosti, návyky se fixují ve své rigidní podobě a bývají stejným způsobem užívány. Změna návyku nebo přizpůsobení se novým situacím činí mentálně postiženým značné potíže. Kromě toho jim trvá velmi dlouho, než se něčemu naučí, protože učení něčemu novému pro ně není příliš atraktivní. Musejí být proto motivováni např. materiální odměnou (oblíbené jídlo) a pozitivně reagují i na pochvalu. Jsou ochotni učit se za podpory jiného člověka, vlastně to ani jinak nelze. Například domácí příprava do školy bez asistence nebo minimálně dohledu rodičů není možná. Raději se učí spíše kvůli nim než kvůli sobě. Je jim celkem jedno, co se učí, protože jejich učení je primárně motivováno emočně, nikoli kognitivně.⁵⁸

Emoční prožívání

Emoční prožívání, hlavně emoční reagování, je závislé na druhu a stupni postižení. Obvykle se jedná o zvýšenou dráždivost, afektivní reakce či mrzuté nálady. Emoční prožívání je základním mechanismem autoregulace. Omezení v oblasti sebeovládání omezuje využívání účelnějších způsobů autoregulace. Časté výkyvy nálad a změny nálad téměř z minuty na minutu, kdy nemusí okolí ani postřehnout příčinu změny, jsou typické pro osoby s mentálním postižením. Preferují jednání, které vede k bezprostřednímu uspokojení. Právě neschopnost regulovat emoční prožívání vede k nepřiměřeným reakcím.

⁵⁷ VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003, s. 42. ISBN 80-7320-063-5.

⁵⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 294-295. ISBN 978-80-7367-414-4.

Základní psychické potřeby má intaktní a mentálně postižený jedinec stejné, avšak pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností jsou různým způsobem modifikovány. Mentálně postižení jedinci mají tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran.⁵⁹

Přes to všechno dovedou být velmi citliví a chápaví ke svému okolí. Záleží také na saturaci emočních potřeb z jejich rodiny, ale v případě, že nejsou tito lidé deprivováni, umí se podělit o své pocity a pomoci druhým, na kterých jim záleží. Dovedou mít rádi své blízké, jsou velice vnímaví k jejich bolesti nebo trápení a jsou ochotni pomáhat všem, kdo potřebuje jejich pomoc.⁶⁰

Volní vlastnosti

Jedním z důležitých rysů osobnosti je vůle. Projevuje se v uvědoměném a cílevědomém jednání. Mnozí autoři upozorňují na nesamostatnost dětí s mentálním postižením, na neschopnost řídit vlastní jednání, překonávat překážky, což jsou typické příznaky nedostatku vůle. Slabá vůle se u dětí s mentálním postižením neprojevuje ve všem a vždy. Záleží na jejich motivaci. Když něco moc chtějí, jsou schopni cíleně překonat řadu překážek. Projevuje se v situacích, kdy děti vědí, jak mají jednat, ale nejsou schopny jednat požadovaným způsobem. Nedokážou si odřici něco, co je pro ně bezprostředně žádoucí, ani za cenu něčeho ještě lákavějšího, ale v časovém horizontu vzdálenějšího. Všechny tyto kontrasty volních projevů (neiniciativnost, neovladatelnost, sugestibilita a tvrdohlavost) jsou projevy nezralé osobnosti.⁶¹

Chování

Chování osob s mentálním postižením se často projevuje buď impulzivností a hyperaktivitou, nebo naopak celkovou zpomaleností chování. Jejich chování bývá rigidní, často vyžadují své stereotypy, které jim pomáhají situaci lépe zvládat.

⁵⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 295. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁶⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 53. ISBN 80-7367-060-7.

⁶¹ POŽÁR, L. *Základy psychologie lidí s postižením*. 1. vyd., Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007, s. 109-110. ISBN 978-80-8082-147-0.

Na druhou stranu jsou tito lidé velmi sugestibilní, ovlivnitelní, na což je potřeba myslet i při výchově.

Někdy je možné se setkat s názorem, že lidé s mentálním postižením jsou častěji agresivní než populace bez postižení. Ne vždy se ale jedná o charakterový rys člověka s mentálním postižením, někdy může jít pouze o reakci na nepochopení ostatních, na frustraci z neschopnosti komunikovat s okolím a sdělovat vlastní potřeby. Proto není vhodné okamžitě osoby s mentální retardací za agresivní projevy trestat, důležitější je zjistit příčinu agrese, a tuto příčinu odstranit (např. vymyslet a začít používat systém alternativní nebo augmentativní komunikace), a zároveň pomocí pozitivní motivace odměňovat chování správné.

U osob s těžkou nebo hlubokou mentální retardací bývá velmi obtížné správně interpretovat jejich chování, neboť mají omezeny všechny schopnosti, zejména komunikace. Nicméně i u těchto osob je možné vysledovat určité typické chování v určitých situacích a podle toho zajistit uspokojování potřeb daného člověka (obdobně jako to dělají maminky kojenců, které poznají, kdy dítě pláče kvůli hladu, kdy kvůli únavě a kdy třeba kvůli plné plínce). Proto je důležité, aby o tyto osoby pečovali stále stejní lidé, kteří jsou schopni tyto (často velmi drobné) změny chování rozlišit.⁶²

Sebepojetí

Sebepojetí je u osob s mentálním postižením velmi obtížné, zčásti kvůli velké sugestibilitě a rigidnímu myšlení. S rozvojem sebepojetí je spojeno hnutí sebeobhájců,⁶³ které má své počátky ve Švédsku v šedesátých letech dvacátého století, kde existovala síť klubů mentálně postižených pro volný čas. Díky tomu, jak v těchto klubech lidé s postižením získávali nové dovednosti, byli postupem času schopni kluby sami vést a prezentovat své potřeby, takže postupně získávali větší a větší sebevědomí.

⁶² VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 297-298. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁶³ ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005, s. 63. ISBN 80-246-0992-4.

V ČR vznikla první skupina sebeobhájců v roce 1998 pod Sdružením pro pomoc mentálně postiženým. Cíle skupin sebeobhájců jsou:

„Posilovat sebedůvěru a rozvíjet rozhodovací kompetence členů skupiny. Společně iniciovat změny ve vnějším světě.“⁶⁴

Sebeobhajování může mít formu individuální a kolektivní. *„Sebeobhajování individuální se vztahuje k aktivitám jednotlivce, v jejichž průběhu získává sebeobhájce sebedůvěru a dovednosti potřebné k vyjádření svých postojů, názorů a přání. Sebeobhajování kolektivní znamená také situace, ve kterých skupiny lidí s mentálním postižením vyjadřují své názory a zájmy společně. Sebeobhajování se vztahuje také k širšímu sociálnímu hnutí.“⁶⁵*

Sebeobhajování přitom není jen prostým vyjádřením vlastních potřeb, pocitů, není pouhým vyjádřením sebepojetí, ale obsahuje i činnou složku, tedy činy, které vedou ke změně určité situace, k naplnění identifikovaných potřeb osoby s mentálním postižením. Sebeobhajování tak posiluje dovednosti v různých oblastech: zvýšení sebevědomí, zlepšení komunikačních dovedností, asertivity, vyjednávacích dovedností, zvýšení finanční gramotnosti, pochopení sociálního, popř. politického systému apod.⁶⁶

Sexualita a partnerské vztahy

S příchodem dospívání roste u osob s mentálním postižením zájem o druhé pohlaví a řeší sexuální otázky. Vystává touha po informacích z oblasti lidské sexuality. Podle Lečbycha,⁶⁷ jsou často osoby s mentálním postižením nedostatečně informovány v oblasti lidské sexuality a sexuální výchova u těchto jedinců je podceňována. Často

⁶⁴ ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005, s. 62. ISBN 80-246-0992-4.

⁶⁵ ČERNÁ, M., a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2008, s. 213. ISBN 978-80-246-1565-3.

⁶⁶ Tamtéž, s. 213-214.

⁶⁷ LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého, 2008, s. 183-184. ISBN 978-80-244-2071-4.

osobám s mentálním postižením chybí zcela základní informace o vlastních pohlavních orgánech, rozdílu mezi pohlavími, ale i o porodu dětí. Nedostatek informací může být příčinou strachu ze sexuálního života a také k sociálně nepřijatelným projevům sexuality na veřejnosti.

„Sexuální život lidí s mentálním postižením je obestřen mnoha mýty a tabu. Přístup k této oblasti jejich života prošel četnými proměnami od absolutního popírání práva na sex a perzekuce jakýchkoliv projevů sexuality až po dnešní osvícený postoj, kdy je právo na sexuální život chápáno jako všeobecné lidské právo.“⁶⁸

Podle Rady⁶⁹ je oblast sexuality u lidí s mentálním postižením specifická, protože lidé s mentálním postižením:

- Nejsou zpravidla o sexuálních otázkách poučeni. Snížené kognitivní schopnosti jim neumožňují vyrovnat jejich handicap informacemi z médií apod. Problematika otěhotnění, pohlavně přenosných chorob a antikoncepce je jim známa jen velmi povrchně nebo vůbec. Velmi často nemají správnou představu ani o pohlavním styku.
- Těžce se orientují v sociálních situacích a v důsledku tohoto handicapu často neví, co se v oblasti sexuality tzv. „sluší a co nesluší“.
- V důsledku snížení kognitivních schopností a malé míry osvěty se mohou snadněji stát cílem sexuálního zneužití.

U osob s mentálním postižením je v současné době snaha co nejvíce normalizovat jejich život i v adolescenci a dospělosti. Problémem je uspokojování sexuálních potřeb těchto osob, neboť *„bylo a ještě je tabu zejména u rodičů těchto osob“⁷⁰*. To je dané zejména tím, že rodiče často své – i když v tu chvíli již dospělé – potomky stále berou jako malé děti a něco jako sexuální život a sexuální potřeby děti přece nepotřebují. Dospělí lidé s mentálním postižením ale nejsou dětmi, v některých ohledech to jsou

⁶⁸ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 43. ISBN 80-239-9547-2.

⁶⁹ Tamtéž, s. 43

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, M., in PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido, 2006, s. 290. ISBN 80-7315-12-0.

právoplatní dospělí lidé s potřebami dospělých, tedy i sexuálními potřebami. Lidé s lehkou mentální retardací jsou dokonce schopni založit rodinu a starat se o své děti.

To je důvodem, proč by měla být do vzdělávacích programů pro dospívající i dospělé osoby s mentálním postižením zařazena sexuální výchova včetně výchovy k rodičovství. „*Tím by nedocházelo tak často k sexuálnímu zneužívání těchto osob.*“⁷¹

Socializace osob s mentálním postižením

Nejprve je třeba určit, co to znamená pojem socializace. Jak uvádí Nakonečný: „*Pro úspěch ve společnosti je potřebné osvojit si takové vlastnosti a dovednosti, které preferuje daná společnost. Proces osvojování si způsobů chování a seznamování se s kulturním prostředím, osvojení si společenských norem, plné přizpůsobení se společenskému životu, se nazývá socializace.*“⁷²

Mentální retardace je intaktní společností chápána jako stigmatizující postižení. Sociální stigmatizace je přímo úměrná nápadnostem vzhledu i chování osob s mentálním postižením, respektive míře jejich odlišnosti od očekávaného standardu. Mentální postižení je spojeno s opožděním v oblasti socializace projevující se hlavně zvýšenou závislostí. V raném věku přetrvává vazba na matku, osoby s mentálním postižením nemají rozvinuté všechny kompetence, které potřebují k postupnému osamostatňování a nemají tedy potřebu emancipace. Pro matku je to na jednu stranu odměna za laskavou péči, ale na druhou stranu jsou matky mentálně postižených dětí často přesvědčeny, že jejich děti ani samostatně být nikdy nemůžou.⁷³

⁷¹ VÁGNEROVÁ, M., in PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido, 2006, s. 290. ISBN 80-7315-12-0.

⁷² NAKONEČNÝ, M., in VÝROST, J. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Grada, 2008, s. 49. ISBN 978-80-247-1428-8.

⁷³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd., Praha: Portál, 2008, s. 306-307. ISBN 978-80-7367-414-4.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby jsou služby určené osobám v nepříznivé sociální situaci, jakou je například zdravotní postižení, vysoký věk omezující soběstačnost, ale i bezdomovectví nebo příslušnost k etnickým menšinám nebo závislost. Jejich cíle jsou v zásadě tři, a to zlepšení, popřípadě aspoň zachování soběstačnosti příjemců, zlepšování a rozvíjení jejich schopností a snížení sociálních a zdravotních rizik těchto osob.

V České republice se sociálními službami zabývá zákon o sociálních službách (zákon 108/2006 Sb.), který určuje základní rámec, tedy co je sociální služba, kdo ji může poskytovat, jak v sociálních službách působí stát, respektive státní orgány, dále stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka apod.

Následující podkapitoly budou věnovány platné legislativě, tedy zmiňovanému zákonu, a dále pak tomu, kdo může být zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb (včetně vysvětlení pojmu Registr poskytovatelů sociálních služeb). Další podkapitola se zaměří na standardy sociálních služeb – jak jsou definovány a jak mohou být kontrolovány. V posledních podkapitolách budou probrány nové trendy v péči o osoby s mentálním postižením a také jaké existují formy péče o tyto osoby.

3.1 Legislativa

Sociálními službami se v ČR zabývá zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. Sociální služby jsou přitom poskytovány všem fyzickým osobám (tedy konkrétním lidem), které jsou v nepříznivé sociální situaci.

První sociální službou, na kterou má každý bezplatně nárok, je poskytnutí základního sociálního poradenství o možnosti řešení nepříznivé sociální situace. Při poskytování sociálních služeb se musí vždy vycházet z individuálních potřeb příjemce služby tak, aby pomáhaly zvyšovat jeho soběstačnost a motivovaly jej ke zlepšování sociální situace, resp. podporovaly jeho sociální začlenění. Sociální služby musí být vždy poskytovány tak, aby byla dodržována lidská práva a svobody.

Na poskytování sociálních služeb se podílejí jak orgány státní správy (Ministerstvo práce a sociálních věcí, okresní správy sociálního zabezpečení, Úřad práce ČR a v přenesené působnosti také krajské úřady a obecní úřady), tak orgány samosprávy (kraje a obce).

Základním prostředkem sociální péče je příspěvek na péči,⁷⁴ o kterém rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Příspěvek je poskytován všem osobám starším jednoho roku, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 – zde je rozčleněna závislost na čtyři stupně:

- lehká závislost (nutná pomoc se 3 úkony, resp. 3–4 u dospělých),
- středně těžká závislost (nezvládá 4–5, resp. dospělý 5–6 úkonů),
- těžká závislost (nezvládá 6–7, resp. dospělý 7–8 úkonů),
- úplná závislost (nezvládá 8–9 úkonů, resp. dospělý 9–10 úkonů) a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Podle stupně závislosti je stanovena výše příspěvku,⁷⁵ a to odlišně pro osoby do 18 let a pro osoby starší 18 let. V případě osob do 18 let je to 3.000,- Kč (lehká závislost), 6.000,- Kč (středně těžká závislost), 9.000,- Kč (těžká závislost), resp. 12.000,- Kč (úplná závislost). V případě dospělých jsou tyto částky jiné: 800,- Kč (lehká závislost), 4.000,- Kč (středně těžká závislost), 8.000,- Kč (těžká závislost) a 12.000,- Kč (úplná závislost).

⁷⁴ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Část druhá. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁷⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 11. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

Životní potřeby jsou přitom rozčleněny do 10 okruhů úkonů,⁷⁶ přičemž poslední, péče o domácnost, se nehodnotí u osob do 18 let věku. Těmito okruhy jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Sociální služby je možné dělit např. podle formy⁷⁷:

- pobytové – v zařízeních sociálních služeb, kde je klient ubytován,
- ambulantní – za službou klient dochází do zařízení sociálních služeb, ale není zde ubytován,
- terénní – v přirozeném sociálním prostředí klienta.

Zařízení sociálních služeb existuje celá řada a jsou definovány v zákoně o sociálních službách:⁷⁸ centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra a zařízení následné péče.

Každé zařízení sociálních služeb zajišťuje alespoň některé z následujících základních činností (dle svého určení a cílové skupiny): 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, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv,

⁷⁶ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 9. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁷⁷ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 33. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁷⁸ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 34. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Podle druhu⁷⁹ sociální služby rozlišujeme:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální poradenství⁸⁰ se dělí na základní sociální poradenství, na které má nárok bezplatně každý a které zaručuje klientům informace, díky nimž je možné dospět k řešení klientovy nepříznivé situace. Kromě toho existuje ještě odborné sociální poradenství, které je zaměřené na jednotlivé skupiny osob, popřípadě jednotlivé problémy, jako je manželská poradna, poradna pro osoby se zdravotním postižením, poradna pro oběti trestných činů apod. V rámci odborného sociálního poradenství může fungovat půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče⁸¹ pomáhají klientům zajistit jejich soběstačnost, a tak jim umožnit co nejlepší zapojení do běžného života společnosti. Pokud to není možné kvůli jejich zdravotnímu stavu, je cílem služeb sociální péče zajistit klientům důstojné prostředí a zacházení. Každý má přitom právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Mezi služby sociální péče zahrnuje zákon o sociálních službách např. tyto⁸²: osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služba, centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář,

⁷⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 32. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁸⁰ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 37. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁸¹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 38 – 52. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁸² MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007, s. 43. ISBN 978-80-7367-31-9.

domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, dům se zvláštním režimem, chráněné bydlení aj.

Služby sociální prevence⁸³ pomáhají předcházet vzniku situace, kdy by se klient dostal do sociální izolace, byl by sociálně vyloučen, protože řeší krizovou situaci, má životní návyky takové, které vedou ke konfliktu se společností, popřípadě žije v prostředí, které ho znevýhodňuje, ohrožuje jeho práva (např. tím, že by se mohl stát obětí trestného činu) apod. Cílem služeb sociální prevence je pomoci klientům překonat nepříznivou sociální situaci a zároveň chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Zákon o sociálních službách vymezuje např. tyto služby sociální prevence⁸⁴: raná péče, kontaktní centra, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terénní programy, sociální rehabilitace aj.

Zařízení poskytující sociální služby mohou poskytovat své služby různým způsobem, tzn. jak při pobytu, tak ambulantně, tak terénním způsobem. V některých případech je to dokonce požadavek podle toho, jak postupně klesá potřeba podpory některým klientům. Začíná se od pobytových služeb, následně se pokračuje ambulantními a končí se terénními službami v klientově přirozeném prostředí (např. může jít o služby pro osoby, které přišly o zrak, jsou imobilní po autonehodě apod.). V jiných případech to ale může být naopak, kdy zhoršující se stav klienta může vést k tomu, že původně byla poskytována terénní služba, ale postupem času se klient stal natolik závislým na pomoci dalších fyzických osob, že potřebuje službu pobytovou (může jít např. o člověka s demencí, který zpočátku zvládá některé úkony sám, ale s postupem času a zhoršením nemoci tyto úkony přestává zvládat).

Některá zařízení se specializují jen na určité druhy klientů – například jen na děti do 7 let a jejich rodiny, popřípadě na osoby závislé na návykových látkách nebo

⁸³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 53 – 70. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁸⁴ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007, s. 44. ISBN 978-80-7367-31-9.

na seniory s demencí Alzheimerova typu. Některá zařízení ale poskytují své služby všem, kteří danou službu potřebují – typicky tlumočnické služby.

Zákon o sociálních službách dále určuje, které služby jsou klientům poskytovány zdarma, na které si musí přispívat a u kterých musí hradit plnou cenu.⁸⁵ Cena sociální služby přitom musí být stanovena ve smlouvě o poskytnutí sociální služby.

Sociální služby poskytované bez poplatku jsou: sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, některé služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, některé služby sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, některé služby sociálně terapeutických dílen a sociální služby intervenčních center.

Za úhradu se nabízejí tyto sociální služby: pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Zde si klient hradí ubytování, stravu a péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Cena je přitom stanovena zvláštním předpisem, ale vždy musí klientovi zůstat 25 % jeho příjmu, pokud platí za úhradu v týdenním stacionáři, respektive min. 15 % jeho příjmu v případě ostatních pobytových zařízení.

Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb ve výši přiznaného příspěvku, respektive v maximální výši 75 % přiznaného příspěvku, pokud jde o pobytovou službu v týdenním stacionáři.

Za další sociální služby je nutno hradit určitý obnos, jehož maximální výši stanovuje prováděcí předpis (vyhláška 505/2006 Sb.). Jsou to služby: osobní asistence, pečovatelské služby, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, služby v centrech denních služeb a v denních stacionářích, služby v chráněném bydlení a pobytové služby v centrech

⁸⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 71–77. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf.

sociálně rehabilitačních služeb. Dále stejný prováděcí předpis stanoví i úhrady v azylových domech, domech na půl cesty, terapeutických komunitách a zařízeních následné péče. V těchto zařízeních si klienti hradí vždy ubytování a stravu a za další sociální služby dle sepsané smlouvy o poskytování služby, maximálně však dle uvedené vyhlášky.

V hrazení poplatků existují výjimky, kdy se i některé základní činnosti (jinak hrazené) poskytují bez úhrady, respektive kdy se platí pouze za stravu.

Jsou to služby:

- rodinám, ve kterých se narodily současně 3 a více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí,
- účastníkům odboje,
- osobám, které jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., o soudní rehabilitaci,
- osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru anebo v centralizačním klášteře s režimem obdobným táborům nucených prací,
- pozůstalým partnerům po osobách uvedených v písmenech b) až d) starším 70 let.

Z uvedeného je patrné, že na financování sociálních služeb je nutný ještě další zdroj prostředků, než jsou samotí klienti. Financování organizací poskytující sociální služby je závislé na statutu a právním postavení institucí. *„Podle toho rozlišujeme následující typy:*

- *organizace zřízené státem s právní subjektivitou, tzv. příspěvkové,*
- *organizace zřízené státem bez právní subjektivity, tzv. rozpočtové,*
- *organizace zřízené obcemi, okresními úřady, v budoucnu kraji a pověřenými obcemi,*

- *různé typy nestátních neziskových organizací s právní subjektivitou.*⁸⁶

„Nárokové financování formou dotace ze státního nebo obecního rozpočtu se týká příspěvkových a rozpočtových organizací, které sestavují své rozpočty, ty jsou dále upravovány nadřízeným orgánem (...).“⁸⁷

3.2 Zřizovatelé a poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelem sociálních služeb⁸⁸ mohou být fyzické osoby, různé právnické osoby – ať již běžné právnické osoby, nebo právnické osoby zřizované územními samosprávnými celky, státní příspěvkové organizace, nebo dokonce samotné územní samosprávné celky (dále jen poskytovatel).

Povinností samosprávných celků je zajistit poskytování služeb ve svém regionu, proto tyto samosprávné celky zřizují příspěvkové organizace, které sociální služby poskytují.

Častými zřizovateli jsou také různé nestátní neziskové organizace, tedy zejména občanská sdružení a obecně prospěšné společnosti, které často zakládají příbuzní lidé s mentálním postižením, protože jim v regionu daná služba chybí.

Aby tyto služby mohli poskytovatelé nabízet a poskytovat, musí splnit podmínky poskytování sociálních služeb, zejména registrovat se⁸⁹, respektive registrovat

⁸⁶ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 335. ISBN 80-7178-548-2.

⁸⁷ Tamtéž, s. 336.

⁸⁸ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 6. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁸⁹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 78–87. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

si sociální službu. Na základě této registrace jsou pak poskytovatelé vedeni v registru poskytovatelů sociálních služeb v daném kraji.

Registr poskytovatelů sociálních služeb tedy obsahuje všechny poskytovatele v daném kraji a je veden v listinné i elektronické podobě (s možností dálkového přístupu, tedy s možností přístupu přes internet). Správcem elektronického registru je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, jednotlivé kraje jsou pak jeho uživateli, kteří kontrolují a doplňují údaje, jež dodá poskytovatel. Poskytovatel přitom musí vždy do 30. června dodat některé zveřejňované informace za předchozí kalendářní rok. Těmito informacemi jsou kapacita, materiální, technické a personální zabezpečení, poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb, zobecněné údaje o žadatelích, osobách, kterým je sociální služba poskytována, a o osobách, se kterými nemohla být uzavřena smlouva, a to pro účely analytické a koncepční činnosti ministerstva. Ministerstvo do 30. dubna příštího rozpočtového roku zapisuje výši poskytnuté dotace na příslušný kalendářní rok.

O registraci, a tím následně zapsání do registru poskytovatelů sociálních služeb, rozhoduje krajský úřad místně příslušný dle sídla poskytovatele na základě žádosti, kterou poskytovatel předloží a která musí obsahovat:

- odbornou způsobilost fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby,
- bezúhonnost fyzických osob poskytujících služby i poskytovatele jako organizace včetně prohlášení, že na poskytovatele nebyl vyhlášen konkurz,
- zajištění hygienických podmínek pro služby v zařízení sociálních služeb,
- zajištění prostor (vlastnictví, nájemní smlouva k objektu atd.) a materiálně-technických podmínek provozu,
- vlastní žádost, kde jsou uvedeny základní údaje o poskytovateli a údaje o poskytovaných sociálních službách:
 - název a místo zařízení nebo místa, kde bude sociální služba poskytována,
 - druhy poskytovaných sociálních služeb,
 - cílová skupina sociálních služeb včetně kapacity,

- popis realizace poskytování sociálních služeb včetně časového rozsahu,
- personální a finanční zajištění poskytování sociálních služeb,
- případné zajištění zdravotní péče,
- termín zahájení poskytování sociálních služeb.

Registrace sociální služby je nepřenositelná a pozbývá platnosti dnem zániku právnické osoby, respektive dnem úmrtí fyzické osoby.

Na základě platné registrace má registrační orgán (kraj) právo kontrolovat, zda poskytovatelé plní podmínky stanovené jak zákonem, tak vlastní žádostí o registraci.

Existují dvě výjimky, kdy se nevyžaduje registrace sociální služby, a to pokud osobě poskytuje pomoc osoba blízká nebo asistent sociální péče – nepodnikatel. Musí jít přitom o zletilou zdravotně způsobilou osobu a existuje povinnost mezi asistentem sociální péče a klientem sepsat písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci. Tato pak musí obsahovat kromě vymezení jednotlivých osob i rozsah pomoci, čas, místo a sjednanou výši úhrady za pomoc.

Kromě povinnosti registrace ale existují i další povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Jde například o povinnost poskytovatele být pojištěný pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb⁹⁰ – tato smlouva musí být platná již před započítáním poskytování služby a do 15 dnů od jejího uzavření je nutné zaslat její úředně ověřenou kopii registrujícímu úřadu.

Dále má poskytovatel povinnost:⁹¹

- informovat cílovou skupinu o poskytované službě, tedy vlastně jí vytvořit jakousi reklamu, vymežit, komu je určena, jakou má kapacitu, jakým způsobem je sociální služba poskytována atd.,

⁹⁰ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 80. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

⁹¹ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 88. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

- vést evidenci žadatelů o sociální službu,
- informovat konkrétního zájemce o všech právech a povinnostech spojených s poskytováním služby, včetně ceny služby,
- při poskytování služby naplňovat lidská i občanská práva svých klientů a zabránit střetům zájmů klientů a poskytovatele nebo jeho zaměstnanců,
- vypracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby včetně pravidel vyřizování stížností klientů,
- dodržovat standardy kvality sociálních služeb,
- sociální službu poskytovat podle individuálních potřeb, cílů a schopností jednotlivých klientů a o tomto sepsat smlouvu o poskytnutí sociální služby, kterou je potřeba pravidelně revidovat s ohledem na potřeby klienta – výjimkou jsou smlouvy na poskytnutí sociální služby poskytované podle § 54, 56, 60, 60a, 65 a 70, které musí být písemné jen tehdy, pokud alespoň jedna smluvní strana při jednání o uzavření smlouvy tuto formu navrhne.

Smlouva musí obsahovat tyto náležitosti: označení smluvních stran, druh a rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výši úhrady za sociální služby a způsob jejího placení (pokud se jedná o službu, kterou si klient hradí nebo na ni přispívá), ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty a dobu platnosti smlouvy.

Pokud se zabýváme zřizovateli a poskytovateli sociálních služeb, je nutné také ozřejmit, kdo může v takovémto zařízení pracovat, jaké musí splňovat předpoklady. Pracovníky v sociálních službách můžeme rozdělit podle typu činnosti, kterou vykonává, tedy sociální pracovníci dle § 109 a 110 zákona o sociálních službách, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Sociální pracovník⁹² vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálněprávních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálněprávní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Pro tuto práci musí být člověk způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý, což znamená, že získal/absolvoval:

- vyšší odborné vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku
- akreditované vzdělávací kurzy v oblastech uvedených výše v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe sociálního pracovníka nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena výše
- akreditované vzdělávací kurzy v oblastech uvedených výše v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe sociálního pracovníka nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.

Kromě toho je sociální pracovník povinen se pravidelně dále vzdělávat, a to v rozsahu minimálně 24 hodin ročně, aby si doplnil a rozšířil kvalifikaci (jedná se o specializační vzdělávání na vysokých nebo vyšších odborných školách, akreditované kurzy, odborné stáže a účast na školicích akcích).

⁹² Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 109–110. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

V sociálních službách ale nepracují jen sociální pracovníci – jsou zde zaměstnáni i další lidé, kteří se pro účely zákona o sociálních službách označují za pracovníky v sociálních službách.⁹³ Tito pracovníci musí mít minimálně základní vzdělání a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz. Ostatní podmínky práce, tedy způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost a zdravotní způsobilost jsou stejné jako u sociálních pracovníků. Tito pracovníci nicméně vykonávají velmi různorodé činnosti a mají odlišnou náplň práce:

První okruh pracovníků vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních (např. pomoc při osobní hygieně a oblékání).

Druhý okruh pracovníků vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost (např. vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti). Zde platí výjimka: tito pracovníci jsou povinni mít minimálně střední vzdělání s výučním listem a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz, popřípadě mají vzdělání potřebné pro povolání ergoterapeut.

Další pracovníci provádějí pečovatelskou činnost v domácnosti osoby, tzn. vykonávání prací spojených s přímým stykem s klienty, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.

Poslední skupina pracovníků v sociálních službách pod dohledem sociálního pracovníka provádí činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu

⁹³ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 115–117. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf.

se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Stejně jako sociální pracovníci jsou i pracovníci v sociálních službách povinni se dále vzdělávat, také v rozsahu 24 hodin ročně, kromě roku, kdy absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz. Tento kvalifikační kurz přitom musí absolvovat do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání.

Jak již bylo řečeno, v sociálních službách pracují i další profese, a to manželský a rodinný poradce, kteří musí mít vysokoškolské vzdělání jednooborové psychologie nebo magisterský program na vysoké škole humanitního zaměření s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.

Ostatní pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci jsou povinni splnit kvalifikační předpoklady dané zákonem 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících, zákonem 561/2004 Sb. školským zákonem, zákonem 372/2001 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a zákonem 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách.

3.3 Standardy kvality sociálních služeb

Vzhledem k potřebě celkově změnit sociální služby a zvýšit jejich kvalitu vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v roce 2002 Standardy kvality sociálních služeb. Tento dokument vycházel z Listiny základních práv a svobod.

„Výchozím principem při tvorbě standardů kvality byla snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb.“⁹⁴

Nejedná se o přesný popis, který musí poskytovatelé bezvýhradně dodržovat, ale vytváří rámec, pomůcku, podle které se mají sociální služby realizovat tak, aby byl zajištěn plnohodnotný, důstojný a svobodný život jejich uživatelů. Standardy popisují určité klíčové body, které by neměly být opomíjeny a poskytovatelé by se měli s nimi teoreticky i prakticky vyrovnat. Standardy přitom zajišťují rovný přístup klientů ke službám, zdůrazňují nutnost jejich individualizace dle potřeb jednotlivých klientů.⁹⁵

Obsahují 15 položek rozdělených do tří skupin:

- procedurální standardy – jak má poskytovaná sociální služba vypadat, jak služby přizpůsobit individualitě každého jedince (včetně zjištění potřeb klienta, sepsání smlouvy o poskytování služby...), jak ochránit práva uživatele služeb, jak podávat a vyřizovat stížnosti a jak řešit střet zájmů,
- personální standardy – kdo může poskytovat kterou sociální službu, jaké vzdělání musí absolvovat, jak probíhá celoživotní vzdělávání, a to jak u pedagogických, tak u nepedagogických pracovníků,
- provozní standardy – upravují technické a ekonomické podmínky pro poskytování sociálních služeb a jejich zkvalitňování, tedy prostory, dostupnost a ekonomické zajištění služeb.

Zásadní změnou, kterou Standardy kvality sociálních služeb přinesly, byla změna náhledu na příjemce sociálních služeb. Zatímco před jejich zavedením byli příjemci sociálních služeb označováni za „chovance“ nebo „pacienty“, po jejich zavedení se tito příjemci stávají „klienty“. Jak uvádí Švarcová: „Klient je ten, kdo si platí svůj pobyt

⁹⁴ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 166. ISBN 80-7367-060-7.

⁹⁵ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 25. ISBN 80-239-9547-2.

v zařízení. Je ústavnímu personálu rovnocenným partnerem.“⁹⁶ Rovnocennost ve vztahu je příkladem demokratizace života v ústavech. Zatímco dříve bylo vše striktně nařízeno a stanoveno, dle Standardů je možná velká variabilita – například klient nemusí jíst, pokud nechce, může se vykoupat, když chce, nemusí si denně ráno měřit teplotu, má právo na správné a slušné oslovování (např. tykání je vhodné pouze ve chvíli, kdy si to klient přeje, a i v tom případě by mělo být vzájemné, tedy tykat může i klient personálu), vybrat si oblečení podle své nálady apod.

3.4 Trendy v péči o osoby s mentálním postižením

Nové trendy v péči o osoby s mentálním postižením byly umožněny zejména přijetím nového zákona o sociálních službách, ve kterém je kladen důraz na poskytování jen takových služeb, které si klient přeje, a jsou zde popsány i nové, dosud neposkytované služby. Sociální služby se rozšířily, od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby. Nezastupitelnou roli začal v této oblasti hrát neziskový sektor.⁹⁷

Jak již bylo mnohokrát v práci zmíněno, hlavními trendy v péči o osoby s mentálním postižením je individualizace sociálních služeb a hlavně jejich deinstitucionalizace. Jedná se o přechod z ústavního typu péče k poskytování služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí.

Transformace sociálních služeb v ČR představuje proces změny řízení, financování, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jinak řečeno, jedná se o přechod

⁹⁶ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, Výchova, Sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 169. ISBN 80-7367-060-7.

⁹⁷ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2011, s. 9-10. ISBN 978-80-262-0027-7.

od institucionální péče ke službám komunitního typu (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnání atd.).⁹⁸

Dalším trendem, který se v péči o osoby s mentálním postižením objevuje, je přechod od pomoci a vykonávání jednotlivých činností za klienta k podpoře klienta, aby danou činnost zvládl sám – tedy dochází ke snižování objemu poskytovaných služeb.

Novinkou, kterou zavádí nový zákon o poskytování sociálních služeb, je sepisování smlouvy o poskytování sociální služby, a její pravidelná úprava dle skutečných potřeb klienta. Do smlouvy se sepisují jak potřeby klienta, tak cíle, kterých chce dosáhnout, klient se tedy stává aktivním prvkem poskytování sociálních služeb, není jeho pouhým pasivním příjemcem. Objem služeb se tak v průběhu času mění, jak se mění cíle klienta, kterých chce dosáhnout. Nedochozí tak k poskytování nepotřebných, nadbytečných služeb.⁹⁹

3.5 Další formy péče o osoby s mentálním postižením

Jedním z netradičních způsobů péče o osoby s mentálním postižením jsou služby dočasné výpomoci.¹⁰⁰ Jsou určeny pro ty, kteří pečují o člena rodiny s mentálním postižením a dostanou se do situace, kdy tuto péči dočasně nejsou schopni zvládat, například kvůli vlastnímu onemocnění, hospitalizaci apod. Může jít ale i „jen“ o potřebu odpočinout si od péče o osobu s mentálním postižením. Tato služba, někdy také

⁹⁸ ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2011, s. 12-13. ISBN 978-80-262-0027-7.

⁹⁹ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 33-42. ISBN 80-239-9547-2.

¹⁰⁰ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 179. ISBN 80-7367-060-7.

nazývaná respitní nebo odlehčovací péče, může být poskytována v pobytovém zařízení nebo i v přirozeném prostředí klienta a může být poskytována organizací.

Specifickou formou této dočasné výpomoci mohou být neformální svépomocné skupiny rodičů dětí s mentálním postižením, jejichž členové jsou schopni a ochotni v případě naléhavé situace okamžitě poskytnout pomoc. Výhodou této formy je, že se rodiny vzájemně znají, takže případná náhlá pomoc je osobou s mentálním postižením přijímána klidněji, než když akutní péči o tohoto člověka převezme neznámá organizace.¹⁰¹

Jednou z nových služeb, které se v naší společnosti objevují, jsou mateřská a rodinná centra, kde mohou vznikat skupiny rodin, které vychovávají děti s mentálním postižením a které se vzájemně podporují a pomáhají si.

¹⁰¹ MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 121. ISBN 80-7367-002-X.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ CÍL DIPLOMOVÉ PRÁCE

Cílem praktické části je popsat sociální službu Chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením ve Středočeském kraji. Hlavní snahou (autorky této práce) pak bylo tuto službu zmapovat a zjistit více detailů k jejím jednotlivým zařízením. Na internetu existuje volně dostupný registr sociálních služeb, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), ale informace v něm jsou velmi stručné a pro případné zájemce o tuto službu nedostačující. Ale to, že registr poskytovatelů sociálních služeb vůbec existuje, je velmi praktické, jelikož klienti mají stručný přehled všech služeb, které mohou využít.

Cílem práce bylo zmapovat tuto službu a zároveň zjistit, zda je tato služba v tomto regionu dostačující, nebo zda by potřebovala posílit. Předpoklad přitom zněl, že klienti na tuto službu dlouho čekají a není možné ji využít v případě jejich potřeby.

Další výzkumným cílem bylo zjistit, co vše dělá Středočeský kraj pro tuto službu a případně i pro podobné služby, které mohou využít klienti chráněného bydlení a kdo tato zařízení zřizuje. Předpokladem bylo, že poměrně velkou část těchto zařízení spravuje Středočeský kraj. Dále se výzkum rovněž zabýval tím, zda jsou chráněná bydlení opravdu samostatnou jednotkou, nebo součástí větších zařízení. Předpoklad v tomto případě byl, že velká část těchto zařízení je součástí jiných zařízení, bývalých ústavů sociální péče. Autorka této práce se domnívá, že právě probíhající transformace našich sociálních služeb v budoucnu velmi změní jejich ráz, vycházející často z poměrů v minulosti. Hlavní změnou je deinstitucionalizace sociálních služeb hlavně co se týká ubytovacích možností, které napomáhají osamostatnění osob s mentálním postižením. Samostatná zařízení, která jsou rozptýlena mezi intaktní společnosti, mají zajisté větší smysl pro klienty v integraci do společnosti.

V dětském domově rodinného typu, kde autorka této práce pracuje, se někdy stává, že některé z dětí má lehčí formu mentální retardace. V případě, že není možné nebo pro ně není vhodné, aby se vrátily do rodiny, nebo selže-li náhradní rodinná péče, hledají se jiné cesty, kam by tyto děti mohly jít po ukončení ústavní výchovy, tedy většinou v 18 letech věku. Tento typ služby není však jednoduché najít nebo není možné nastoupit hned, když potřebují. Stává se, že se dítě vrátí domů, kde sice pobírá příspěvek na péči, ale ve skutečnosti si peníze přivlastní rodina a bývalý klient dětského domova rodinného typu se již nikdy neosamostatní, neuplatní se na trhu práce atd., tedy snahy o inkluzi jsou pak zmařeny. Pro uvedení do problematiky uvádí autorka jeden příklad ze své praxe: V péči dětského domova byla dívka s lehkou mentální retardací a poruchami hybného ústrojí ve formě DMO (dětská mozková obrna). Tato dívka dosáhla plnoletosti a bylo žádoucí zajistit pro dívku chráněné bydlení. Její návrat do nepodnětného rodinného prostředí nebyl ideální variantou. V hledání chráněného bydlení pro tuto dívku se pracovníci dětského domova setkali s několika překážkami. Tou největší bylo, že zařízení měla plnou kapacitu a sociální pracovnice oslovených zařízení ji zapsala do pořadníku, avšak rovnou přidala upozornění, že klientka bude čekat měsíce, ale možná i roky, což v tomto případě nebylo možné. Další překážka byla, že ji zařízení nechtěla přijmout, protože neměla priznaný příspěvek na péči. Nebyla nijak finančně zajištěna. Příspěvek na péči se nakonec podařilo zajistit. Bohužel závěr tohoto příběhu byl, že dívka se musela vrátit domů, odkud byla z vážných důvodů před mnoha lety odebrána, protože se nepodařilo zajistit jí místo v chráněném bydlení v době, kdy to bylo zapotřebí a ona sama byla silně motivována se osamostatnit. Její motivace velmi ochladla, když čekala příliš dlouho a vrátila se po dosažení plnoletosti zpět domů.

Cílem průzkumu je sběr dat pomocí dotazníku, dále detailní rozbor všech otázek dotazníku a hypotéz, které jsou stanoveny v této diplomové práci. Výsledky výzkumu budou užitečné hlavně pro typ zařízení, jako je dětský domov, kde pracuje autorka práce nebo jiná podobná zařízení. V další fázi je v plánu tvorba katalogu (viz. Příloha B) všech chráněných bydlení pro osoby s mentálním postižením ve Středočeském kraji. Výsledky budou poskytnuty zařízením, která se podílela na výzkumu. Jedná se o zařízení chráněného bydlení, která vyplňovala dotazníky.

4.1 Stanovení hypotéz

1. Hypotéza

Předpokládám, že více než 50% zařízení, která poskytují službu chráněného bydlení, jsou zřizovány Středočeským krajem.

2. Hypotéza

Předpokládám, že více než 50% zařízení, která poskytují službu chráněného bydlení, jsou součástí Domovů pro osoby se zdravotním postižením.

3. Hypotéza

Sociální služba chráněného bydlení není schopna uspokojit všechny žadatele o přijetí do této služby. Poptávka převyšuje nabídku.

4.2 Popis zkoumaného vzorku

Zkoumaným vzorkem jsou zařízení, která poskytují službu chráněného bydlení ve Středočeském kraji pro mentálně postižené osoby. Základním zdrojem byl registr sociálních služeb, podle kterého byla jednotlivá zařízení oslovena. Celkový vzorek se skládá z 24 zařízení a dalších 9 zařízení nebylo do výzkumu zahrnuto, jelikož nespĺňovala podmínky výzkumu. Byla to zařízení s rozšířenou působností, tedy nesídlila přímo ve Středočeském kraji, ale v jiných krajích, nebo byla určena pro jinou cílovou skupinu, například pro osoby s autismem nebo pro osoby s duševní poruchou.

4.3 Metodologie diplomové práce a časová organizace výzkumu

V průzkumu byla jako stěžejní metoda použita práce s dotazníkem, který vytvořila autorka této práce a rozeslala jej do všech zařízení. Návratnost dotazníku je vždy rizikem této metody a ani v tomto případě tomu nebylo jinak. Dotazníků se v první vlně vrátilo 11 z 24 rozeslaných. Po opětovném rozeslání dotazníků se jich vrátilo dalších 8. Zbytek informací byl zjištěn telefonickou formou nebo z výročních zpráv a informací, které mají chráněná bydlení na svých webových stránkách. Analýza dat z dotazníku tvoří základní část praktické části diplomové práce.

Dotazník se skládá z dvanácti otázek, z toho jsou některé otázky základní a jiné doplňující. Čtyři otázky jsou otevřené, pět otázek polouzavřených a tři otázky jsou uzavřené. Dotazník byl formulován jasně a srozumitelně, aby vyplňování nebylo pro respondenty příliš náročné, tedy aby byli motivováni dotazník vyplnit. Dotazník splňoval všechny formální náležitosti. Dotazník v celém znění je přílohou diplomové práce (viz Příloha A).

Časová organizace výzkumu

V září roku 2012 byl vytvořen dotazník, který byl ve dvou vlnách rozeslán zařízením, která poskytují službu chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Na počátku roku 2013 byly data vyhodnoceny a ještě jednou aktualizovány k 30. 6. 2013.

5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE STŘEDOČESKÉM KRAJI

Středočeský kraj je největším krajem České republiky s rozlohou 11.014 km², takže tvoří téměř 14 % území republiky. Žije zde asi 11 % české populace. Na rozdíl od ostatních krajů leží jeho sídlo na území hlavního města Prahy, tedy v jiném kraji.

Stejně jako ostatní kraje má i Středočeský kraj povinnosti dané zákony v oblasti sociálních služeb, a to jak v samostatné, tak v přenesené působnosti. Kvůli tomu je v kraji zřízen Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Středočeského kraje, který spolupracuje jak se Zastupitelstvem a Radou kraje, ale i s výbory a komisemi kraje a jednotlivými obcemi kraje, kterým poskytuje odbornou a metodickou pomoc. Odbor má 2 oddělení, která zajišťují různou agendu:¹⁰²

- **oddělení sociálních služeb a humanitárních činností** – odvolací řízení na úseku úhrad za stravu a péči u dětí umístěných v domově pro osoby se zdravotním postižením; metodické vedení úřadů nižšího stupně, výkon zřizovatelské funkce k zařízením sociálních služeb, rozhodování o registracích poskytovatelů sociálních služeb působících na území kraje, financování sociálních služeb, plánování rozvoje sociálních služeb apod., protidrogová politika, romská problematika, integrace cizinců a prevence kriminality,
- **oddělení sociálně-právní ochrany dětí** – náhradní rodinná péče (pěstounská péče, adopce), odvolací řízení a metodické vedení jednotlivých úřadů nižšího stupně, výkon sociálně právní ochrany pověřenými osobami apod.

Plánování sociálních služeb v kraji je dáno na základě komunitního plánu rozvoje sociálních služeb, na jehož tvorbě se pravidelně podílejí jak uživatelé, tak poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb. Tento plán má zaručit kvalitu a dostupnost sociálních služeb pro všechny části kraje a také obsahuje podobu budoucích sociálních služeb

¹⁰² *Sociální oblast.* [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/>.

v regionu. V současné době je platným dokumentem Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje¹⁰³ na léta 2012–2013 z 11. 11. 2011.

Kraj poskytuje nenárokové dotace ze státního rozpočtu (prostřednictvím krajského rozpočtu) poskytovatelům uvedeným v registru poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou také podporováni prostřednictvím Humanitárního fondu Středočeského kraje v sociální oblasti.

Sociální služby ve Středočeském kraji

Středočeský kraj¹⁰⁴ je zřizovatelem celkem 62 příspěvkových organizací pro sociální oblast (poskytovatelů sociálních služeb). Převážně jde o sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory a odborné sociální poradenství. Na území kraje jsou ale i další poskytovatelé: obce, církve a nestátní neziskové organizace, terénní sociální služby pak nabízejí také fyzické osoby.

Středočeský kraj zřizuje kromě chráněného bydlení i zařízení poskytující službu podpory samostatného bydlení, a to jako zřizovatel u dvou zařízení (Bellevue, Domov Svatý Jan). Ve třech případech se jedná o zařízení s rozšířenou působností pro Středočeský kraj, kde zřizovatelem je jiný subjekt (Fokus Praha o.s., Fokus Mladá Boleslav, Handicap centrum Srdce, o. p. s.). Tato služba se v některých ohledech podobá chráněnému bydlení, ale není zařazena do průzkumu, jelikož se nejedná přímo o službu chráněného bydlení a není tedy předmětem této diplomové práce.

Existují organizace, které působí v jiném kraji, ale úzce spolupracují se zařízeními ze Středočeského kraje, taková zařízení jsou například Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Zbůch nebo Denní psychoterapeutické sanatorium „Ondřejov“ s.r.o. aj. Tato zařízení jsou také v registru sociálních služeb pro Středočeský kraj.

¹⁰³ *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2012-2013*. [online]. © 21. 11. 2011 [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <<http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/planovani-rozvoje-soci%C3%A1lnich-sluzeb/aktuality/>> a také viz příloha.

¹⁰⁴ *Sociální oblast*. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/>.

Dle zákona o sociálních službách (viz výše) je povinností každého kraje zveřejňovat seznam poskytovatelů sociálních služeb na území kraje včetně jeho elektronické verze dostupné na internetu.

Projekty středočeského kraje

Středočeský kraj realizoval nebo realizuje, případně se spolupodílí na řadě projektů¹⁰⁵ týkajících se sociálních služeb. Tyto získaly i prostředky z Evropské unie:

Ukončené projekty:¹⁰⁶

- Vzdělávání zadavatele a poskytovatelů v oblasti standardů kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji ve spolupráci s NVF, sekci CEKAS (začátek říjen 2005, ukončen září 2007),
- Profesní rozvoj pracovníků ústavů Středočeského kraje spolu s o.s. QUIP (začátek srpen 2005, ukončen červenec 2007),
- Podpora poskytovatelů ve Středočeském kraji při odstraňování opatření omezujících pohyb osob,
- Vzdělávání poskytovatelů – pracovníků přímé péče v oblasti standardů kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji realizovaný NVF, sekci CEKAS, a Hestií – Národním dobrovolnickým centrem,
- Pro změnu – realizovaný o.s. QUIP,
- ROP – skrze tyto projekty byly pořízeny objekty pro službu chráněné bydlení, což umožnilo zlepšit kvalitu a dostupnost poskytovaných sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Tyto projekty byly spolufinancovány i z rozpočtu Středočeského kraje, který zároveň zajistil metodickou podporu. Konkrétně tyto finance získali tito poskytovatelé sociálních služeb: Vyšší Hrádek, Zahrada, Domov Pod Lipami Smečno, Bellevue, Zvoneček Bylany, Domov Na Hrádku, Domov Barbora Kutná Hora, Rybka, Domov Laguna Psáry.

¹⁰⁵ *Realizované projekty.* [online]. [cit. 2012-01-26]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/realizovane-projekty/>.

¹⁰⁶ *Ukončené projekty* [online]. [cit. 2012-01-26]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/ukoncene-projekty.html>.

Probíhající projekty:

- Individuální projekt – služby prevence: Vytvoření základní sítě sociálních služeb ve Středočeském kraji¹⁰⁷ (spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky) – zajištění poskytování a dostupnosti sociálních služeb osobám sociálně vyloučeným nebo ohroženým sociálním vyloučením na celém území Středočeského kraje,
- Výběr služeb sociální prevence a určení cílových skupin, pro které budou sociální služby určeny, odráží dlouhodobé potřeby kraje, které vyplývají z dosavadních zkušeností a ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb,
- Individuální projekt – Zvyšování kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji¹⁰⁸ (spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky). Tento projekt se zaměřuje na vzdělávání pracovníků příspěvkových organizací zřizovaných krajem, případně dalších poskytovatelů, a má za cíl zvýšení kvality a provázanosti poskytovaných služeb. Projekt není určen zaměstnancům všech sociálních služeb v kraji,
- V rámci Integrovaného operačního programu (IOP) je jednou z oblastí podpora zaměřená na „služby v oblasti sociální integrace“. Podpora je provázána s neinvestiční formou dotací z Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost (OP LZZ) financovaného z prostředků ESF. Ve Středočeském kraji byly podpořeny dvě příspěvkové organizace (poskytovatelé), kde probíhá ověřování procesu transformace potřebné pro sociální integraci: Bellevue a Vyšší Hrádek.

¹⁰⁷ *Individuální projekt - Základní síť sociálních služeb ve Středočeském kraji.* [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/regionalni-rozvoj/individualni-projekt%E2%80%93sluzby-prevence/>.

¹⁰⁸ *Individuální projekt - Zvyšování kvality sociálních služeb v SK.* [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/individualni-projekt-zvysovani-kvality-soc.-sluzeb-v-SK/>.

6 ANALÝZA DAT

Analýza dat probíhala v době od podzimu 2012 do léta 2013. Dotazníky byly odeslány jen do těch zařízení, která poskytují sociální službu chráněné bydlení (dále jen CHB) a splňují kritéria cílové skupiny, která se shodují s obsahem této diplomové práce (sociální služba CHB ve Středočeském kraji pro klienty s mentálním postižením). Zařízení, která jsou specializována na osoby s autismem nebo osoby s duševními poruchami nebyla do výzkumu zahrnuta, stejně jako zařízení s rozšířenou působností.

Otázka č. 1: Zřizovatel Vašeho zařízení

První otázka se týká zřizovatele chráněného bydlení. Jak již bylo zmíněno výše, předpoklad byl, že většinu zařízení zřizuje Středočeský kraj. Tento předpoklad se nepotvrdil, protože z 24 zařízení je 12 zřizováno krajem a zbylých 12 zařízení má jako zřizovatele jiný subjekt. Jiným zřizovatelem může být například Ministerstvo práce a sociálních věcí nebo Magistrát hlavního města Prahy aj.

Pro lepší orientaci byl vytvořen přehled všech zařízení poskytujících službu CHB ve Středočeském kraji ve dvou tabulkách. První tabulka zahrnuje zařízení, která jsou příspěvkovými organizacemi Středočeského kraje, a v druhé tabulce jsou uvedena ostatní zařízení, která poskytují tuto službu na území Středočeského kraje, ale jsou zřizovány jinými subjekty. Jsou to především občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti a příspěvkové organizace zřizované jinými samosprávnými celky, tedy například obcemi, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR apod.

Tabulka 2: Příspěvkové organizace Středočeského kraje poskytující CHB

Název zařízení	Adresa zařízení
Bellevue	Ledce-Šternberk č. p. 74, Ledce-Šternberk, p. Smečno, 27305, doručovací adresa: ul. Ouvalova 567, 274 01 Slaný
Centrum 83 Mladá Boleslav, pss	Václavkova 950, Mladá Boleslav II, 293 01 Mladá Boleslav
Domov Barbora, pss	Pirknerovo nám. 228, Kutná Hora, 28401
Domov Laguna Psáry	Jílovská 138, 252 44 Psáry
Domov Na Hrádku	Červený Hrádek 45, Bečváry, p. Uhlířské Janovice, 28504
Domov Pod Lipami Smečno	Zámek č. 1, Smečno, 27305
Domov Pod Skalami Kurovodice	Olšina 1, Loukov u Mnich. Hradiště, 29411
Koniklec Suchomasty	Suchomasty č. 1, Suchomasty, 26722
Rybka	Tovární 122, Neratovice, 27711
Vyšší Hrádek	Piaristická 185, Brandýs nad Labem, 25001
Zahrada	H. Malířové 1802, Kladno, 27201
Zvoneček Bylany	Pod Malým vrchem 1378, Český Brod, 28201

Zdroj¹⁰⁹

¹⁰⁹ Autor práce (vlastní šetření)

Tabulka 3: Ostatní organizace poskytující službu CHB

Název zařízení	Adresa zařízení
Centrum služeb Slunce všem, o.p.s.	Pražská 910, 273 51 Unhošť
Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově	Tloskov 2, 257 56 Neveklov
Domov Ráček, o.p.s.	Na Sekyře 1765, Rakovník II, 269 01 Rakovník 1
Integrované centrum sociálních služeb Odlochovice	Odlochovice 1, 257 03 Jankov
Mela, o.p.s.	Nová 106, 281 25 Konárovice
Městský penzion pro důchodce	Slovenská 984, Kolín II, 280 02 Kolín 2
Městys Plaňany	Tyršova 72, 281 04 Plaňany
Občanské sdružení Zahrada – CHB Domov	Nebužely č. p. 61, 277 34
Pečovatelská služba města Mladá Boleslav	Na Radouči 1081, Mladá Boleslav II, 293 01 Mladá Boleslav 1
Portus Praha, občanské sdružení – CHB	Slapy 74 a 406, 252 08
Stéblo	Lidická 282, 264 01 Sedlčany
Villa Vallila, občanské sdružení – CHB	Červený Újezdec u Votic 32, 257 88

Zdroj¹¹⁰

¹¹⁰ Autor práce (vlastní šetření)

Tabulky 2 a 3 byly vytvořeny pro lepší přehled zřizovatelů zařízení poskytující službu CHB. Tyto informace bylo obtížné zjistit, protože nejsou v registru sociálních služeb a ani na stránkách jednotlivých zařízení. Snahou bylo zjistit, která zařízení jsou zřizována Středočeským krajem, jsou příspěvkovými organizacemi a kraj (respektive spíše stát) zodpovídá za jejich financování, a i provoz těchto zařízení. Zatímco ostatní zařízení jako jsou obecně prospěšné společnosti a občanská sdružení závislá na financování z více zdrojů, tedy i od státu, ale stát není zodpovědný za jejich financování, protože příspěvky od státu pro tyto organizace jsou nenárokové.

Otázka č. 2: Kapacita Vašeho zařízení

Kapacita zařízení se odvíjí od velikosti zařízení a hlavně jejich zaměření. Některá zařízení mají službu chráněného bydlení jen jako doplňkovou službu, kterou poskytují v rámci jiných sociálních služeb. Dále existují zařízení, která jsou přímo koncipovaná na chráněné bydlení, a to buď v malém měřítku (pro malý počet klientů – jen 4 klienti), nebo ve větším měřítku (pro velký počet klientů – až 63 klientů). Kapacita zařízení je tedy velmi odlišná, pohybuje se v rozmezí 4 až 63 klientů na jedno zařízení.

Tabulka 4: Kapacita zařízení

kapacita	do 9 klientů	10–19 klientů	20–29 klientů	30–39 klientů	40–70 klientů
počet zařízení	5	8	7	1	3
%	20,8	33,3	29,2	4,2	12,5

Zdroj¹¹¹

¹¹¹ Autor práce (vlastní šetření)

Graf 1: Kapacita zařízení



Zdroj¹¹²

Lze jen velmi těžko hodnotit zařízení, co se týká kvality jejich služeb, podle kapacity zařízení. Trendy v sociálních službách jsou spíše pro menší kapacity zařízení. V menších zařízeních je možné více individuálně řešit problémy klientů a věnovat se jim. Podle Rady¹¹³ je počet klientů v zařízení CHB stěžejní a může zcela měnit charakter poskytované služby. Čistě teoreticky by tedy kvalita služeb měla být přímo úměrná s kapacitou zařízení. Tímto tvrzením ale nelze devalvovat kvalitu sociálních služeb ve větších zařízeních. Ta zařízení, která mají kapacitu právě 60 klientů a více jsou součástí dalších zařízení typu domovu pro osoby se zdravotním postižením aj. Jsou to tedy zařízení, které se komplexně starají o více jak 100 klientů. Klienti mají možnost se v rámci zařízení různě přesouvat dle svých schopností a možností. Tato zařízení mají větší spektrum personálního zajištění a zajišťují více dalších služeb pro klienty.

¹¹² Autor práce (vlastní šetření)

¹¹³ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 11. ISBN 80-239-9547-2.

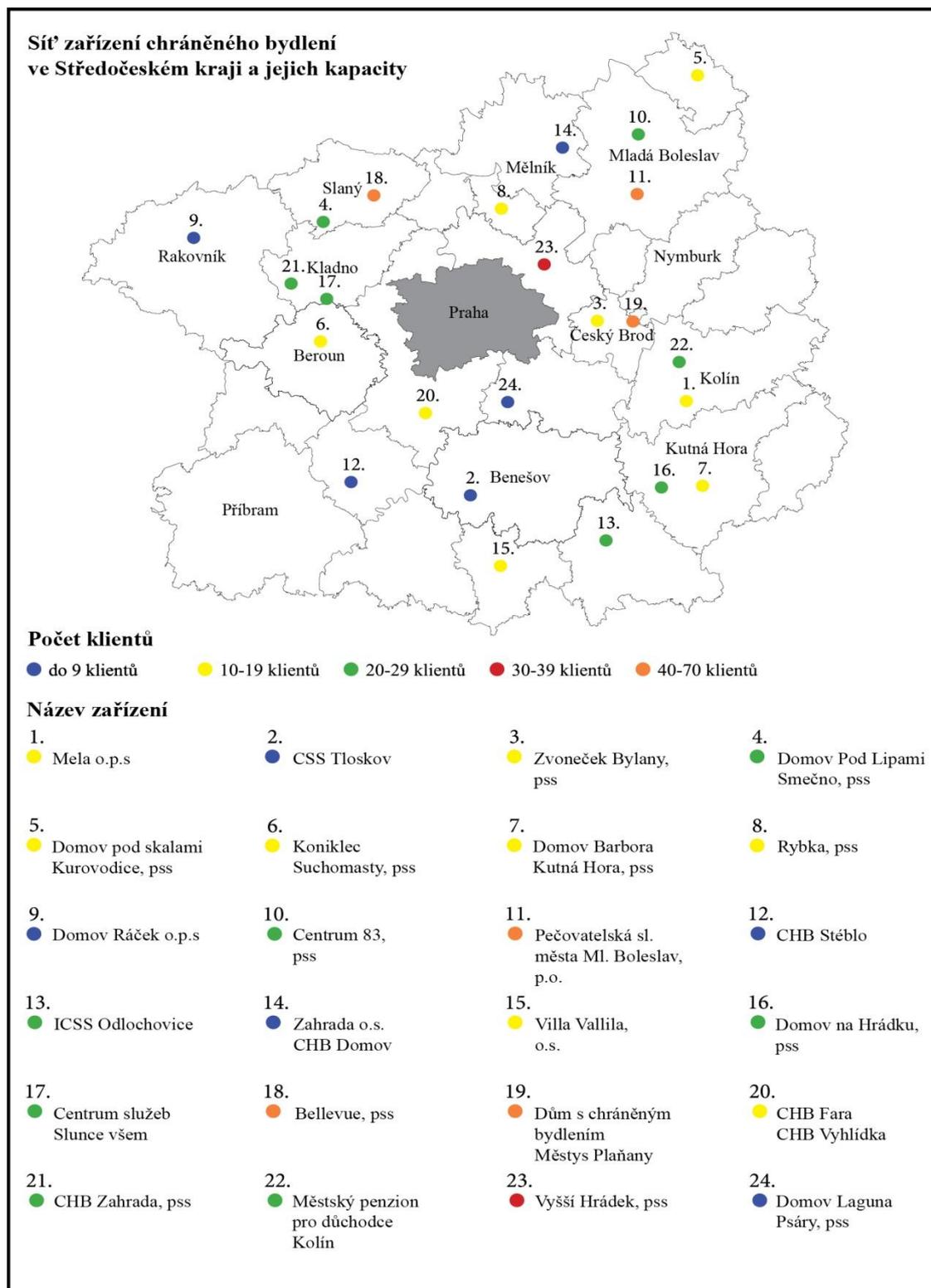
Dále by bylo vhodné tuto otázku ještě rozšířit o grafické zmapování rozložení zařízení poskytující chráněné bydlení ve Středočeském kraji (viz Obrázek 1), doplněné kapacitami zařízení, aby přehled o službě v kraji byl úplnější. Toto rozložení je zásadní pro určení potřeb nových zařízení, jelikož spolu s využitostí těchto zařízení můžeme docela dobře posoudit, kde tyto služby chybí.

Mapka je vytvořena s přibližným určením míst zařízení ve Středočeském kraji a zařízení jsou barevně odlišena podle kapacity daného zařízení. Některá zařízení mají více provozoven (max. 3), ale pro lepší přehlednost je v mapě označeno jen jedno místo pro jedno zařízení. Přesné adresy zařízení jsou vyznačeny v tabulkách 2 a 3.

Z mapky, kterou můžeme vidět níže, je patrné, že služby CHB jsou po kraji nerovnoměrně zastoupeny a to hlavně jihovýchodně od Prahy. Zde jsou jen menší zařízení a je jich tu velmi málo. Vyskytují se zde zařízení s kapacitami do 9 nebo maximálně do 19 klientů, zatímco v ostatních částech Středočeského kraje jsou zařízení s malými kapacitami, ale i s těmi většími. Nevíme však, jaké jsou důvody, jestli není poptávka nebo není potřeba CHB v těchto částech Středočeského kraje.

Jelikož jsou však kapacity zařízení z 87,5 % naplněny (viz otázka č. 3), je málo pravděpodobné, že kdyby zde vznikala nová zařízení CHB, že by své kapacity nenaplnila.

Obrázek 1: Síť zařízení CHB ve Středočeském kraji a jejich kapacity



Zdroj¹¹⁴

¹¹⁴ Autor práce

Otázka č. 3: Naplněnost Vašeho zařízení – jak dlouho čeká žadatel na místo ve Vašem zařízení?

Tato otázka měla ukázat, zda jsou kapacity zařízení naplněny a jak dlouho klienti čekají na volné místo. Tedy jinak řečeno, zda je zařízení typu chráněného bydlení dostatek, či nikoliv a kde v kraji by bylo třeba tuto službu podporovat (což bylo popsáno v předchozí otázce).

Jen tři zařízení nemají naplněnou kapacitu. To znamená, že naplněnost kapacit zařízení se službou chráněného bydlení ve Středočeském kraji je 87,5 %. Toto číslo je nelichotivé vzhledem k potřebám této služby. O službu chráněného bydlení je tedy velký zájem a nebyl by asi problém ji naplnit, kdyby se tyto služby rozšířily, jak napoví výsledek další části této otázky, kterou je, jak dlouho čekají klienti na tuto službu. V tabulce 5 jsou zaznamenány časové intervaly velmi obecně. Zařízení si nevedou podrobnější statistiku.

Tabulka 5: Čekací lhůty klientů na místo v CHB

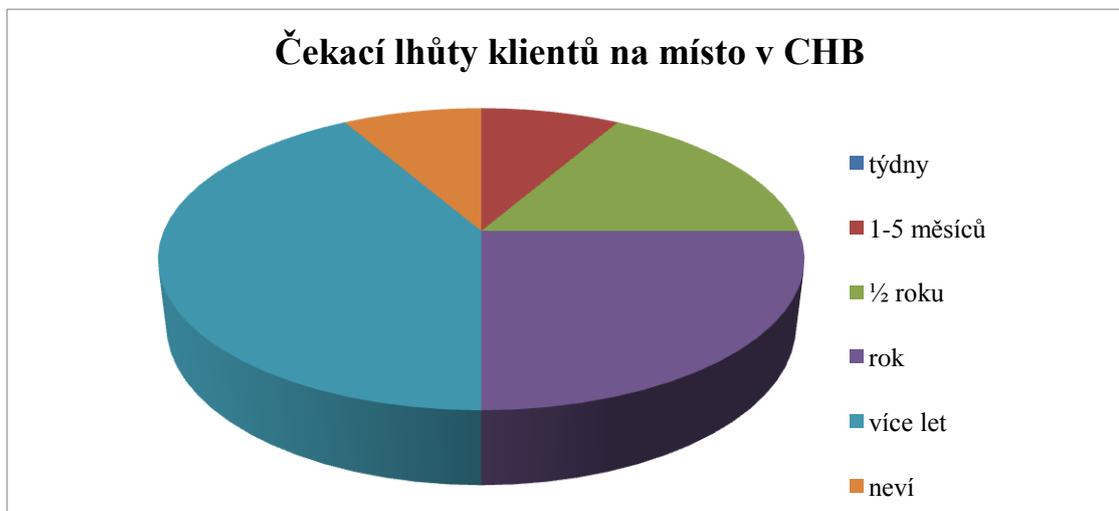
časový horizont	týdny	1–5 měsíců	½ roku	rok	více let	neví*
počet zařízení	0	2	4	6	10	2
%	0	8,3	16,7	25	41,7	8,3

Zdroj¹¹⁵

*neví, nemají zkušenost, jelikož jsou nová zařízení

¹¹⁵ Autor práce (vlastní šetření)

Graf 2: Čekací lhůty klientů na místo v CHB



Zdroj¹¹⁶

Z tabulky a grafu je názorně vidět, že ve větší míře klienti čekají několik měsíců až let. Jen v šesti zařízeních je možné získat místo do šesti měsíců. V případě klientů, kteří se chtějí a potřebují osamostatnit, je toto velká překážka. Klienti, kteří mají dobré rodinné zázemí, si mohou dovolit čekat, i když i v jejich případě to není v rámci socializačního procesu vhodné. Rodiny se jistě dlouho rozhodují, zda jsou jejich děti na tento krok dostatečně připraveny, a když se rozhodnou, že je ten správný čas, musejí čekat měsíce až roky. Není to dobré ani pro klienty, ani pro jejich rodiny. „*Rodiče žili po celý svůj život v přesvědčení, že se jejich postižené dítě nikdy nedokáže o sebe plně postarat. Se změnou společenských podmínek se však najednou naskytla možnost samostatného života v chráněném bydlení. Celkově se dá říci, že přechod do chráněného bydlení je často mnohem obtížnější pro rodiče než pro samotné uživatele.*“¹¹⁷ V druhém případě je situace ještě mnohem vážnější. Pokud klient nemá dobré rodinné zázemí, je například v ústavní výchově a dosáhne věku, kdy musí dětský domov nebo jiné zařízení ústavní výchovy opustit, nastává situace přímo ohrožující jeho

¹¹⁶ Autor práce (vlastní šetření)

¹¹⁷ RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006, s. 31-32. ISBN 80-239-9547-2.

vývoj i život. Tito dospívající mají jen málo možností. Buď se vrátí do rodinného prostředí, z kterého byli z vážných důvodů odebráni, zde však hrozí, že se situace vrátí na stejnou úroveň před odebráním z rodiny. Mohou být zneužíváni, týráni atd. V lepším případě je rodina trpí doma, jelikož mají přiznaný například invalidní důchod a rodina žije z jejich prostředků. Další možností je, že odejdou na ulici a stávají se bezdomovci atd. Mohou být zneužíváni ve všech oblastech. Nejsou schopni se o sebe postarat, najít si práci či ubytovnu, kde by mohli žít. Jejich kvalita života je velmi nízká.

Otázka č. 4: Cílová skupina klientů – od kolika/do kolika let mohou klienti ve Vašem zařízení využívat službu CHB?

Tato otázka se zabývá cílovou skupinou klientů, která je dána věkem klientů. Spodní hranice je většinou určena plnoletostí, ale jsou i výjimky. Spodní hranice přijímání klientů může být i mezi 16.–18. rokem nebo kolem 26. roku. Pro přehlednost jsou v tabulce 4 uvedena věková rozmezí, kdy jsou klienti přijímáni do zařízení CHB. Z tabulky je též patrné, od kolika do kolika let věku mohou klienti využívat služby CHB v jednotlivých zařízeních. V některých zařízeních je konkrétní hranice věku striktně určena, jinde je pouze určeno, od kolika let přijímají klienty, a horní hranice určena není. Ovšem je patrné, že v případě, kdy klienti přestávají splňovat vnitřní podmínky cílové skupiny CHB, musejí zařízení opustit. Vnitřními podmínkami cílové skupiny CHB jsou myšleny situace, kdy se zhorší klientův zdravotní či psychický stav a potřebuje-li klient 24hodinovou péči, není-li to náplň služeb konkrétního CHB atd.

Klienti těchto zařízení jsou osoby s mentálním postižením a většinou mají trvalý pobyt ve Středočeském kraji. Chráněná bydlení jsou koncipována pro ženy i muže. Jen jedno zařízení je specializované pouze pro muže (Dům Barbora).

Tabulka 6: Věková hranice přijímaných klientů CHB

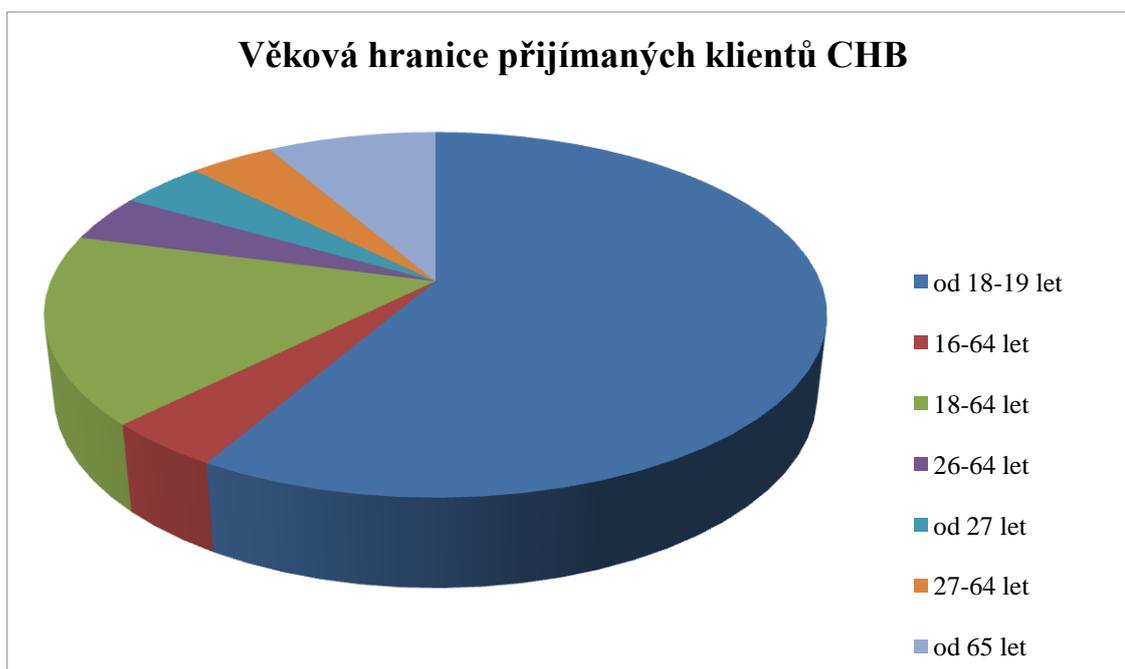
věková hranice	od 18–19 let	16–64 let	18–64 let	26–64 let	od 27 let	27–64 let	od 65 let
počet zařízení	14*	1	4	1	1	1	2**

Zdroj¹¹⁸

*z toho jedno zařízení je jen pro muže (všechna ostatní zařízení jsou pro muže i ženy)

**na seniorský věk jsou ve Středočeském kraji specializovány jen 2 zařízení (Dům s CHB Městys Plaňany a Městský penzion pro důchodce Kolín)

Graf 3: Věková hranice přijímaných klientů CHB



Zdroj¹¹⁹

¹¹⁸ Autor práce (vlastní šetření)

¹¹⁹ Autor práce (vlastní šetření)

Spodní hranice přijímaných klientů je dána plnoletostí a koncepcí daného zařízení. Některá zařízení jsou koncipována již pro klienty v mladším věku, pak mohou nabízet službu CHB již před plnoletostí klienta, a naopak jiná zařízení se specializují na klienty až od 26–27 let. Celkem 14 zařízení poskytuje službu CHB od 18–19 let, ale neuvádí horní věkovou hranici. Další čtyři zařízení uvádějí interval 18–64 let, což je podle výsledků asi nejčastější věkový interval, kdy jsou klienti přijímáni do zařízení CHB. Jak již bylo uvedeno výše, jsou minimální rozdíly v přijímání klientů spojené s jejich věkem. Obecně je možné tvrdit, že klienti jsou přijímáni nejdříve od 16 let a v některých zařízeních není určena horní věková hranice. Klienti mohou být v zařízení CHB do té doby, dokud splňují kritéria klientů v CHB, tedy dokud se nezhorší jejich zdravotní a psychický stav natolik, že nemohou být v zařízení CHB, ale je potřeba se o tyto klienty postarat jinak. Nejčastěji přecházejí do jiných zařízení – domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy seniorů aj.

Jen dvě zařízení ve Středočeském kraji se specializují na klienty v seniorském věku. Problematika seniorů s mentálním postižením bude do budoucna velmi potřebným tématem k řešení. Sociální služby i medicína jsou stále na vzestupu, a tak se budou i tito klienti ve větším počtu dožívat vyššího věku a bude třeba, aby na to byly sociální služby připraveny. Nabídka služeb se bude muset přizpůsobit poptávce.

Otázka č. 5: Míra podpory ve Vašem zařízení: (případně doplňte počty bytů a domů)

Tato otázka měla za cíl zjistit, kde se CHB nachází, zda jsou izolována, nebo stojí v rámci městské či obecní zástavby, a jak moc je v nich zajišťována péče o klienty prostřednictvím přímé péče zaměstnanců CHB.

Tabulka 7: Míra podpory v zařízeních CHB

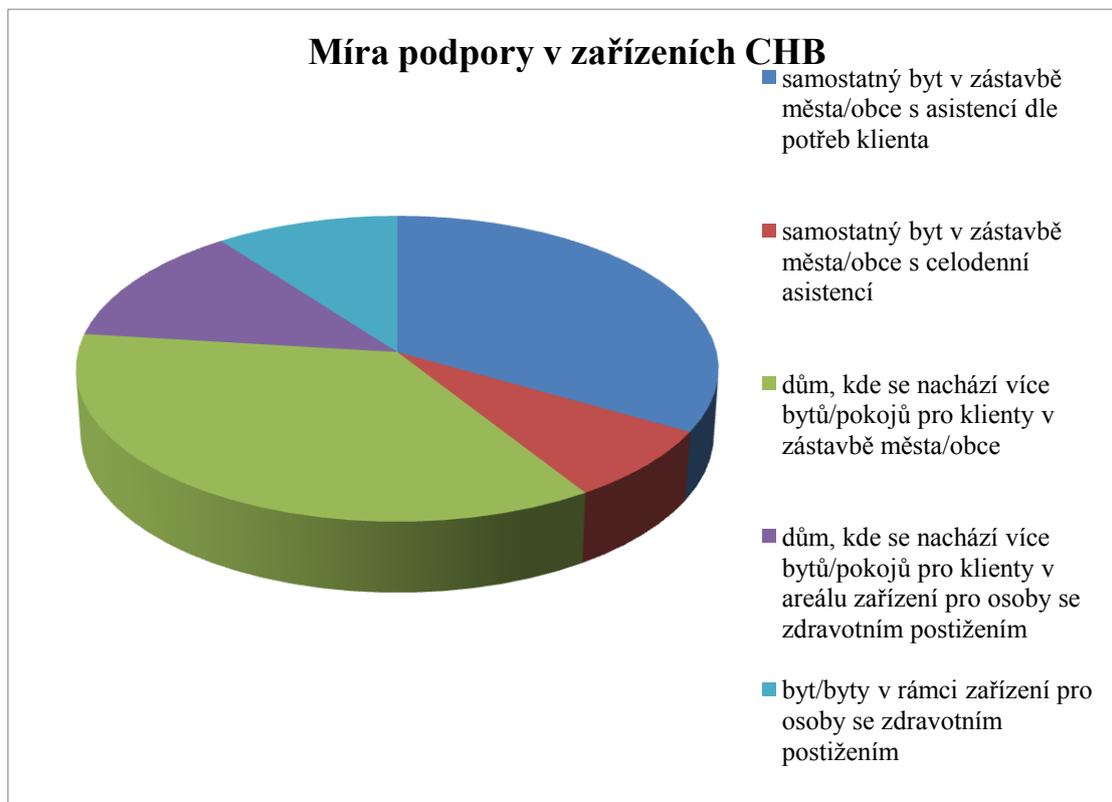
Míra podpory	Počet zařízení	%
samostatný byt v zástavbě města/obce s asistencí dle potřeb klienta (a)	13	54,1
samostatný byt v zástavbě města/obce s celodenní asistencí (b)	3	12,5
dům, kde se nachází více bytů/pokojů pro klienty v zástavbě města/obce (c)	14	58,3
dům, kde se nachází více bytů/pokojů pro klienty v areálu zařízení pro osoby se zdravotním postižením (d)	5	20,8
byt/byty v rámci zařízení pro osoby se zdravotním postižením (e)	4	16,7

Zdroj¹²⁰: autor práce (vlastní šetření)

Z výsledků této otázky vyplývá, že většina zařízení se snaží službu CHB mít v rámci městské či obecní zástavby. A to buď jako samostatný byt nebo dům s více byty. Záleží na koncepci zařízení. Když je služba CHB součástí většího celku zařízení, je nasnadě, že tato zařízení mají CHB jako součást areálu, ale také mohou mít byty či domy s CHB v zástavbě města či obce. V rámci výzkumu byly sledovány také počty bytů a domů jednotlivých zařízení. Ač pro potřebu tohoto výzkumu nejsou tyto počty nijak relevantní, jelikož neukazují žádný ukazatel, který tato diplomová práce sleduje, pro vytvoření katalogu CHB ve Středočeském kraji je to však již zajímavá informace.

¹²⁰ Autor práce (vlastní šetření)

Graf 4: Míra podpory v zařízeních CHB



Zdroj¹²¹

Byty jsou většinou pro jednu až dvě osoby. Výjimečně v bytě žije tři a více osob. Asistence v těchto bytech (a) nebývá celodenní, ale jen dle potřeb klienta. V praxi to znamená, že sem přijde asistent na určitý počet hodin denně. Většinou záleží na individuální domluvě klienta s asistentem. V případě bytů s celodenní asistencí (b) je tato asistence zajištěna na 24 hodin denně. Jde spíše o klienty s těžšími formami postižení, a tedy s potřebou větší podpory. Asistenti se střídají ve službách. Jsou to spíše byty v rámci větších zařízení, jako jsou třeba penziony pro důchodce, například v Kolíně, kde mají takových bytů 23. Častěji se můžeme setkat s domy, kde je více bytů či pokojů v zástavbě města (c), kde je asistence jak celodenní, tak jen částečná, dle potřeb klienta. V případě, že v jednom domě je více takových jednotek, je pro asistenta výhodou, že zde může být po celý den a věnovat se klientům dle jejich potřeb, ale zároveň jim je kdykoli k ruce. V noci zde také bývá služba, která je klientům

¹²¹ Autor práce (vlastní šetření)

k dispozici. Domy s více jednotkami bývají i v areálech větších zařízení, kde mají opět možnost nonstop asistence, avšak klienti jsou do jisté míry odříznuti od společnosti intaktních osob. Ani tuto variantu (d) není možné opomenout, protože může některým klientům, kteří mají velké problémy s adaptací na nové prostředí, být mnohem příjemnější než varianta chráněného bydlení v rámci obce či města. Často jsou klienti nejprve klienty jiných zařízení typu stacionářů nebo domovů pro osoby se zdravotním postižením, kde strávili většinu svého života a to, že se mohou osamostatnit, je pro ně velký krok v jejich socializaci, cítí se více v bezpečí známého prostředí. Samozřejmě ideální je, když mohou mít volbu dalšího postupu, a tím je žít v CHB v rámci zástavby obce či města. Poslední variantou jsou byty v rámci zařízení pro osoby se zdravotním postižením (e). Tato varianta je velmi podobná variantě předchozí, jen v menším měřítku, nebo se liší v tom, že se nejedná o dům, ale o jednotlivé bytové jednotky. Rozdíl je ve struktuře a v možnostech konkrétních zařízení. Asistence je i v těchto bytech individuální nebo celodenní, záleží na potřebě klienta. Klienti většinou mohou využívat i jiných služeb, které zařízení poskytuje, tím mohou být například centra denních služeb, chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny aj.

Na závěr je vhodné upozornit na fakt, že dle výsledků této otázky je trend CHB více směřovat mimo areály velkých zařízení. Většina CHB je v zástavbě obce či města a to by mělo znamenat, že klienti CHB jsou v úzkém kontaktu s intaktní společností. Škoda, že není možné porovnat tuto situaci se stavem před několika lety, protože nejsou k dispozici žádné verifikované výzkumy a prameny, s kterými by bylo možné pracovat. Chráněné bydlení nemá u nás příliš dlouhou tradici a teprve až po roce 1989 se začala péče o osoby s postižením pomalu deinstitucionalizovat.

Otázka č. 6: Personální zajištění

Tato otázka měla ukázat, kdo všechno se podílí na péči o klienty v CHB. Očekávání bylo takové, že ve všech zařízeních mají sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, který vykonává přímou péči s klienty. V některých zařízeních jim jen jinak říkají, například asistenti CHB. Zdravotní sestra byla hned na třetím místě očekávaných výsledků. Nedostatkem této otázky bylo, že v ní byla opomenuta pozice

vedoucího CHB, tedy ve většině dotazníků byla tato pozice doplněna v kolonce jiné. V této otázce byli rovněž opomenuti administrativní pracovníci, kteří jsou samozřejmě nedílnou součástí všech zařízení. Důvodem byl záměr zjistit, jaké další pozice jsou v CHB zastoupeny, tedy zdali v CHB pracují speciální pedagogové, fyzioterapeuti, dobrovolníci, psychologové, logopedové a jiní, kteří jsou v péči o osoby s postižením velmi důležití.

V tabulce 8 jsou vyhodnoceny jen pozice, které byly alespoň jednou zastoupeny. Pozice andragoga, fyzioterapeuta a logopeda nebyla ani jednou v dotaznících označena.

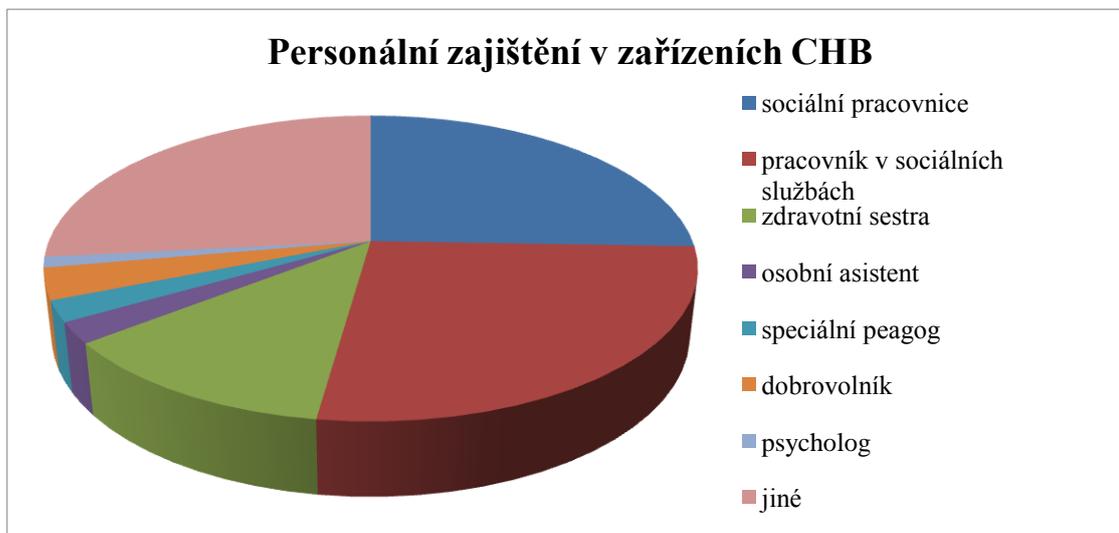
Tabulka 8: Personální zajištění v zařízeních CHB

Pracovní pozice	Počet zařízení	%
sociální pracovnice	23	95,8
pracovník v sociálních službách	24	100
zdravotní sestra	11	45,8
osobní asistent	2	8,3
speciální pedagog	2	8,3
dobrovolník	3	12,5
psycholog	1	4,2
jiné	24	100

Zdroj¹²²

¹²² Autor práce (vlastní šetření)

Graf 5: Personální zajištění v zařízeních CHB



Zdroj¹²³

Jak je názorně vidět z grafu 5 a tabulky 8, sociální pracovníci či pracovníka má 23 zařízení z 24. Pouze jedno zařízení tuto pracovní pozici neuvadlo, a to z důvodu toho, že ji zastává vedoucí zařízení, jelikož se jedná o velmi malé zařízení (pro 10 klientů). Pracovníka v sociálních službách mají všechna zařízení, jde o pozici, bez které by tato služba postrádala smysl. Jedenáct zařízení zaměstnává zdravotní sestru, protože jsou případy, kdy klienti potřebují denní péči zdravotní sestry, a to hlavně pokud se jedná o klienty s více vadami, kteří mají ještě jiná postižení, například somatická, a potřebují péči zdravotního personálu. Osobního asistenta a speciálního pedagoga mají jen dvě zařízení.

S dobrovolníky spolupracují jen 3 zařízení. Podle Tošnera a Sozanské¹²⁴ je velmi žádoucí, aby neziskový sektor využíval tento typ spolupráce. V Evropské unii, ale i jinde ve světě je tento typ spolupráce velmi rozvíjen a chválen. U nás to ještě není standardní, ale je žádoucí, aby zařízení vnímala dobrovolníky nejen jako doplněk své činnosti, ale jako trvalý zdroj pomoci i nových podnětů. V ČR již funguje několik dobrovolnických organizací a center.

¹²³ Autor práce (vlastní šetření)

¹²⁴ TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 31. ISBN 80-7178-514-8.

Pozici psychologa má jen jedno zařízení CHB, a to zařízení, které je součástí většího zařízení pro osoby s mentálním postižením. Využívá tedy služeb psychologa, který je určen hlavně pro klienty z domova pro osoby s postižením.

V kategorii jiné (k) byla nejčastěji uvedena pozice vedoucího zařízení a administrativních pracovníků, které nebyly do výběru možností zahrnuty. Také se zde objevily pozice, jako jsou ergoterapeut, psychiatr, metodik volného času. Obecně platí, že co se týká personálního zajištění CHB, jsou na tom o něco lépe zařízení, která jsou větší nebo jsou součástí jiných zařízení, jelikož mohou využívat služeb zaměstnanců, jež by si jinak nemohla z finančních důvodů dovolit. Malá zařízení CHB mají většinou zastoupeny pozice sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a pak ředitele zařízení, který má na starost administrativu a vedení zařízení. Samozřejmě spousta zařízení spolupracuje externě se specialisty a odborníky z oboru medicíny, speciální pedagogiky a sociální práce.

Otázka č. 7: Jaké další služby poskytujete?

Tato otázka měla za cíl zmapovat, jaké další doplňkové služby CHB poskytují. Většina CHB se snaží co nejvíce zapojit klienty do světa intaktních, snaží se tedy klienty uplatnit na trhu práce, a to buď formou chráněných pracovních míst, nebo jim pomoci najít místa na volném pracovním trhu. Další služby jsou zaměřeny na rehabilitaci či terapie, jako jsou například sociálně terapeutické dílny, které mají za úkol klienta rozvíjet, zaměstnat, tedy včlenit ho do pravidelného režimu práce, a zároveň rozvíjejí jeho schopnosti a dovednosti. Nejčastější formy terapie, které CHB poskytují, jsou fyzioterapie, arteterapie, canisterapie, muzikoterapie ad. Některá CHB přímo zřizují pracovní místa formou kaváren, čajoven, obchodů s výrobky z chráněných dílen či výroben (například nakládaných hermelínů).

V tabulce 9 je vidět, jaké služby a v jakých počtech jsou zařízeními poskytována. Zastoupeny byly všechny možnosti, avšak poslední možnost byla zastoupena nejvíce. CHB poskytují velmi pestrou škálu služeb.

Tabulka 9: Další služby poskytující CHB

Doplňující služby	Počet zařízení
chráněné dílny, chráněná pracovní místa	9
sociálně terapeutická dílna	14
centrum denních služeb	4
osobní asistence – nákupy, úřady aj.	1
dobrovolnictví	2
fyzioterapie	2
logopedie	1
jiné	25

Zdroj¹²⁵

Velmi záleží, pro jakou cílovou skupinu je CHB koncipované. Například chráněné bydlení, které je zaměřeno hlavně na seniory, má nabídku služeb naprosto odlišnou od CHB, která jsou koncipována pro klienty od 18 let, kdy je trend tyto klienty dostat na trh práce.

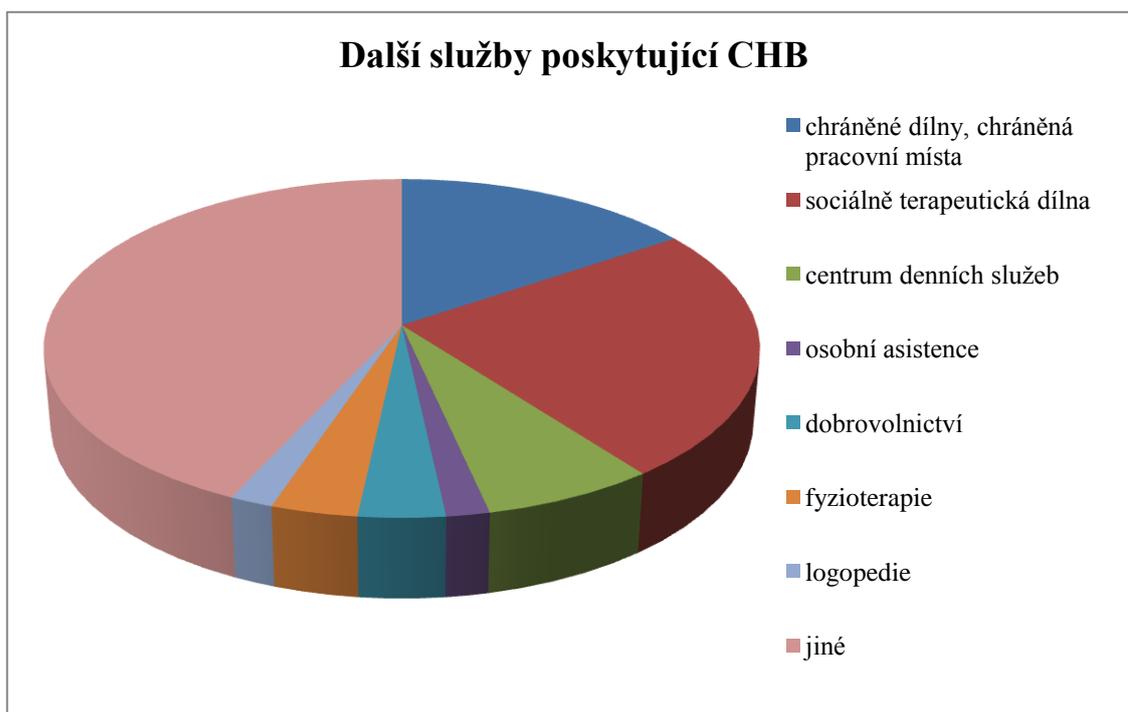
Velmi využívané jsou služby typu odlehčovacích služeb, které poskytuje hned několik CHB. Tato služba je velmi užitečná pro rodiny klientů, které jinak mají člena rodiny s mentálním postižením doma v péči. Tato služba jim poskytne čas, který mohou věnovat sami sobě, či pomůže v případě, kdy si potřebují zařídit různé záležitosti a nemohou se věnovat členům rodiny s mentálním postižením.

¹²⁵ Autor práce (vlastní šetření)

Všechny služby, které CHB poskytují, jsou zpoplatněny. Každé zařízení má svůj ceník plateb, kde jsou jednotlivé služby vykalkulovány, a zákon o sociálních službách stanoví prováděcím předpisem maximální výši úhrady za jednotlivé služby.

Nabídka služeb, které CHB poskytují, je závislá také na velikosti zařízení, ale není to pravidlem. Zařízení, která jsou součástí domova pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP), mají širší škálu možností například v terapiích atd. Na druhou stranu jsou zařízení CHB, která jsou malá, jako je například Villa Vallila, která poskytuje vše od chráněných pracovních míst, výtvarných dílen, zácvikových dílen, farmy, odlehčovacích služeb, dobrovolníků, vyhledávání podporovaného zaměstnání až po zapojování klientů do sociální firmy a zapojování klientů do veřejně prospěšných prací v obci, v moštárně i kovárně. A to je kapacita tohoto zařízení jen 10 klientů.

Graf 6: Další služby poskytující CHB



Zdroj:¹²⁶

¹²⁶ Autor práce (vlastní šetření)

První možnost dotazníku označilo 9 CHB z celkového počtu 24 zařízení. To znamená, že devět CHB poskytuje mimo služby chráněného bydlení také služby chráněných dílen (dnes je spíše používaný termín chráněné pracovní místo). Je velmi praktické pro klienty, když mají tyto dvě služby pod jednou střechou. U lehčích forem mentálního postižení je samozřejmě žádoucí, aby klienti docházeli do zaměstnání mimo CHB, a to proto, že jsou pak více flexibilní a musí se více orientovat ve svém okolí. Chráněná pracovní místa bývají zaměřena na jednoduché manuální práce, a to buď na řemeslné výrobky (keramika, textil, dřevo, bytové doplňky a dekorační předměty), případně je dnes trendem tyto dílny zaměřovat na praktické výrobky, které jsou lidem k užítku – výroba nakládaných hermelínů atd.

Službu sociálně terapeutických dílen poskytuje 14 CHB. Tato služba je velmi rozšířená. Je totiž potřebná jak pro klienty CHB, tak pro osoby s mentálním postižením, kteří nejsou klienty CHB. Tato služba je obecnější ve své náplni. Klienti této služby mohou využít právě pestrou škálu nabídky, kterou tato služba nabízí. Během dne se střídají sociálně terapeutické a pracovní aktivity, pro každého klienta je vytvořen individuální plán, který se mění dle jeho potřeb. Klienti¹²⁷ přicházející do sociálně terapeutických dílen v době, kdy si nemusí být jisti, zda chtějí zkusit pracovat na otevřeném trhu práce nebo na „chráněném trhu práce“. Právě sociálně terapeutická dílna by jim měla postupem času dát odpověď na tyto otázky. Je to vlastně jakýsi tréninkový program pro klienty, aby měli čas a prostor zjistit, co je pro ně nejvhodnější řešení a kam se mají dále ubírat. Ať je jejich rozhodnutí jakékoliv, tato služba jim dobře poslouží a mohou z ní těžit v pracovních a sociálních návycích a dovednostech.

Náplní služby sociálně terapeutických dílen je mimo jiné pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění. Dále jde o nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu a podporu vytváření a zdokonalování pracovních návyků a dovedností a v neposlední řadě také o základní sociální poradenství. Z tohoto popisu je zřejmé, že toto je základní servis, který by měl mít každý klient CHB. Většina

¹²⁷ *Sociálně terapeutická dílna. O službě.* [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <<http://www.rolnicka.cz/nase-sluzby-a-zarizeni/socialne-terapeuticka-dilna/>>

klientů, kteří nemohou nebo nechtějí docházet do chráněných pracovních míst nebo nejsou zařazeni na běžném pracovním trhu, jsou právě klienty této služby.

Čtyři zařízení poskytují službu centra denních služeb, která je ambulantní službou a je určena pro osoby se zdravotním nebo sociálním handicapem. Její náplň se odvíjí od potřeb daného klienta. Pracovníci centra se zaměřují na nácvik pracovních činností a sociálních dovedností, které posilují samostatnost a soběstačnost klientů. Respektují individuální přístup ke každému klientovi. Cílem služby je umožnit klientům maximální možnou míru pracovního a společenského zapojení, zvýšit schopnost klientů samostatně se rozhodovat a získávat informace o možnostech řešení vlastní sociální situace a zároveň zvýšit povědomí veřejnosti o schopnostech a možnostech osob se zdravotním postižením. Tato služba je velmi potřebná pro klienty CHB, a to hlavně pro ty, kteří jsou hůře uplatnitelní na pracovním trhu.

Službu osobní asistence poskytuje jen jedno zařízení CHB. Tato služba je míněna jako terénní služba. Klient si zaplatí osobního asistenta v případě, že potřebuje zařídit například občůzky na úřadech atd. Asistent s klientem dojde na úřad a pomůže mu vše vyřídit. Tuto službu zajisté poskytují všechna CHB, ale nemají to popsané jako samostatnou službu. Jde totiž o jeden ze základních pilířů péče o klienty v těchto zařízeních.

V zařízeních poskytujících službu CHB mohou asistenti spolupracovat s dobrovolníky. Tuto spolupráci označila dvě zařízení. Spolupráce se zakládá na tom, že CHB má navázané dobrovolníky, kteří pravidelně docházejí za jednotlivými klienty, a to buď tak, že jeden dobrovolník vždy dochází za konkrétním klientem, nebo se klienti střídají a dobrovolník jde pokaždé za jiným klientem. Každopádně tato služba může velmi zjednodušit péči o klienty, a to i co se týče financí. Například právě když si klient potřebuje něco zařídit, dobrovolník s ním může tyto věci zajistit. To je důležité hlavně u klientů, kteří nemají rodinu, nebo rodina není příliš aktivní v kontaktu s klientem. Dobrovolník může tuto funkci docela dobře zastoupit. Podle Tošnera a Sozanské¹²⁸ není tato služba u nás v ČR tak hojně využívaná, ale ve světě je tato služba běžná.

¹²⁸ TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 31. ISBN 80-7178-514-8.

V sociálních službách je naprostou samozřejmostí. U nás již však také funguje několik organizací, které dobrovolníky zajišťují. Kontakt s dobrovolníkem může být pro klienta velkým přínosem, jak v saturaci sociálních potřeb, tak v pomoci ve zcela pragmatických řešeních situací, kdy by dobrovolník mohl být pomocí pro CHB v zajištění určitých konkrétních úkonů (zajištění nákupu, doprovod na úřad atd.). Samozřejmě že dobrovolník není zástupný nebo nahrazující prvek pro pracovní náplň zaměstnanců CHB. Jelikož pouze dvě zařízení z celého středočeského kraje tuto službu využívají, vzniká předpoklad, že zařízení CHB moc zkušeností s touto službou nemají.

Službu fyzioterapie nabízejí dvě zařízení CHB. Jiná zařízení tuto službu také využívají, ale ne přímo v rámci jejich zařízení: klienti docházejí na fyzioterapii, kterou mají hrazenou ze zdravotního pojištění v blízkosti CHB. Hlavně v případě osob s kombinovaným postižením je tato služba velmi žádoucí pro zlepšení jejich zdravotního stavu.

Službu logopedie nabízí jen jedno zařízení. Ale stejně jako v případě fyzioterapie je i tato služba hrazená ze zdravotního pojištění a klienti, kterým je tato služba indikována, tak mohou tuto službu využívat u klinických logopedů, kteří mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Poslední možností této otázky v dotazníku bylo „jiné“. Na tuto otázku bylo 25 různých odpovědí. Nejčastěji zařízení poskytují odlehčovací službu pro rodiny klientů. Tato služba je velmi potřebná pro regeneraci členů rodiny, kteří se jinak starají o osoby se zdravotním postižením. Dále zařízení CHB poskytují tyto služby: denní a týdenní stacionář, DOZP, komunitní centrum, canisterapie, muzikoterapie, arteterapie, hipoterapie, kavárna, škola, pečovatelská služba. Důležitou skupinou služeb, které CHB poskytují, jsou služby, které se týkají uplatnění klientů na trhu práce: zácviková dílna, sociální firmy, zajišťování pracovních smluv, podporované zaměstnání, spolupráce na zařazení klienta na trhu práce – spolupráce s agenturou, která zajišťuje zaměstnání pro klienty CHB, apod. Zařízení, která se specializují na seniory, nabízejí trochu odlišné služby, zaměřují se na ergoterapii a jiné volnočasové aktivity.

Otázka č. 8: Je Vaše zařízení součástí jiného zařízení – pokud ano, jakého typu?

Tato otázka se zaměřovala na prioritu služby CHB. Měla za úkol zjistit, zda zařízení, která poskytují CHB, jsou pod jiným zařízením, nebo je jejich náplní pouze služba chráněného bydlení. Větší zařízení, jakým je například Centrum sociálních služeb Tloskov, které poskytuje své služby až 239 klientům, má v rámci svých služeb i CHB pro 7 klientů. Pak jsou naopak malá zařízení, jakým je například občanské sdružení Stéblo, které poskytuje službu CHB pouze pro 4 klienty a zaměřuje své služby jen k těmto službám – chráněné bydlení, odlehčovací služby a denní stacionář. Větší zařízení nabízejí více druhů služeb. Menší zařízení, ač nenabízejí služeb více, mají jiná pozitiva, která klienti docení. Jejich hlavní předností je, že jsou rodinného charakteru.

„Ano“ na tuto otázku odpovědělo 15 zařízení, což znamená, že 15 zařízení CHB je součástí jiného zařízení. Z těchto 15 zařízení jich 11 odpovědělo, že jsou součástí DOZP. Dále 3 zařízení jsou součástí domova pro seniory a jedno zařízení je součástí ICSS – Integračního centra sociálních služeb.

Devět zařízení odpovědělo na tuto otázku „Ne“. To znamená, že devět zařízení je samostatnými a jejich hlavní náplní je služba chráněného bydlení.

Otázka č. 9: Přijímá Vaše zařízení i klienty, kteří nemají uznán příspěvek na péči? Pokud ano, za jakých podmínek je to možné?

Tato otázka měla za cíl zjistit, zda klienti mají šanci získat místo v chráněném bydlení i v případě, že nedostávají příspěvek na péči. Tato otázka byla do dotazníku zařazena proto, že autorka diplomové práce má osobní zkušenost s tím, že klient, který se snažil získat místo v chráněném bydlení, měl právě kvůli tomuto příspěvku se sháněním místa problém, jelikož zařízení po něm chtěla tento příspěvek na péči, aby ho přijala. Tato otázka měla ukázat, v kolika zařízeních berou tento příspěvek jako podmínku přijetí klienta.

Příspěvek na péči je určen pro osoby starší jednoho roku, které z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby pro zvládnání

základních životních potřeb. Tato pomoc je stanovena v různých stupních závislosti podle zákona o sociálních službách. Tímto příspěvkem hradí osoba pomoc, kterou jí může poskytnout osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb (např. chráněné bydlení), dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotní zařízení hospicového typu. Výše příspěvku je posuzována podle stupně závislosti osoby a hodnotí se schopností zvládat tyto základní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, péče o zdraví atd. Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.¹²⁹

Výsledek této otázky byl takový, že 18 zařízení odpovědělo „Ano“, tedy že přijímají klienty bez příspěvku na péči. Šest zařízení nepřijímá klienty v případě, že nepobírají příspěvek na péči.

Zařízení, která přijímají klienty i bez uznaného příspěvku na péči, uváděla tyto podmínky:

- po vzájemné dohodě,
- za stejných podmínek jako u klienta, který pobírá příspěvek na péči,
- výše příspěvku nemá vliv na přijetí, pokud je klient cílovou skupinou CHB,
- za úplatu.

Platby v chráněném bydlení se pohybovaly v relacích: 130–160 Kč/den za ubytování, 110–130 Kč/den za stravu, 60–100 Kč/hod za jiné služby.

Klienti, kteří nemají uznaný příspěvek na péči, mohou platit péči, ubytování a stravu z invalidního důchodu a z výdělku, který mají z chráněného pracovního místa. Klient, kterému úřady nechtějí uznat příspěvek na péči, je osobou s lehčími formami mentálního postižení a je tedy většinou schopný pracovat a zaplatit si CHB. Finančně může popřípadě vypomoci rodina, nebo se klient ve spolupráci se sociální pracovnící CHB snaží opakovaně žádat o příspěvek na péči.

¹²⁹ *Příspěvek na péči.* [online]. © 25. 3. 2013 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <<http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>>

Otázka č. 10: Kdy a za jakých podmínek ukončují klienti smlouvu s Vaším zařízením?

Tato otázka měla za cíl zjistit, proč klienti ukončují pobyt v chráněném bydlení a jaké jsou jejich důvody. Z odpovědí mělo být rovněž možné zjistit, jaké by měly vlastně být trendy sociálních služeb, které by navazovaly na službu chráněného bydlení, zda jsou tady již patrné, anebo zda teprve vznikají. V případě, že klient přestává být cílovou skupinou služby chráněného bydlení, například právě proto, že se dostává do seniorského věku, je třeba řešit problematiku seniorů s mentálním či jiným postižením. Sociální služby se budou muset na tuto věkovou kategorii více zaměřovat a své služby transformovat, jelikož většina sociálních služeb je směřována na děti a dospělé. Pro seniory jsou sociální služby typu domů s pečovatelskou službou a domovů pro seniory. Nicméně cílem této otázky bylo zjistit, jaké jsou další důvody, proč klienti tuto službu opouštějí.

Nejvíce zařízení CHB odpovědělo, že důvodem bývá právě ta příčina, která je zmíněna výše v textu, tedy že klienti přestávají být pro zařízení CHB cílovou skupinou. A to buď kvůli věku, nebo zhoršení jejich fyzického nebo psychického stavu.

Dalším důvodem, který se nejčastěji objevoval v odpovědích CHB, bylo, že klient opouští jejich zařízení v případě, že opakovaně porušuje pravidla domácího řádu CHB. Dalšími důvody bylo, že klienti ukončují využívání služeb chráněného bydlení z osobních důvodů, na základě výpovědi, tedy na vlastní žádost. Jedno zařízení odpovědělo, že klient ukončil pobyt ve zkušební době, která v zařízení trvá 3 měsíce. Klient si rozmyslel v této době svůj další pobyt v CHB a odešel. V neposlední řadě může být příčinou ukončení pobytu klienta v CHB i jeho úmrtí.

Dvě nová zařízení CHB odpověděla, že s nimi zatím žádný klient smlouvu neukončil, nemají tedy žádnou zkušenost s odchody klientů.

Příčiny odchodu klientů ze zařízení CHB vypsány dle četnosti:

- klient již není cílová skupina CHB (zhoršení zdravotního a psychického stavu klienta),
- hrubé a opakované porušení domácího řádu CHB,

- osobní důvody klienta (na základě výpovědi samotného klienta),
- zatím žádný klient neukončil pobyt (nová zařízení CHB),
- úmrtí klienta,
- klient ukončil pobyt ve zkušební době (3 měsíce).

Otázka č. 11: Kam nejčastěji odcházejí klienti z CHB?

Tato otázka navazuje na předchozí otázku a jejím cílem bylo zjistit, kam klienti odcházejí, zda klienti ve větší míře odcházejí do domácí péče, nebo do další institucionální péče jakéhokoliv druhu. Konkrétní možnosti odpovědí na tuto otázku jsou v dotazníku, který je součástí práce jako příloha (Příloha A).

Celkem sedmkrát zařízení odpověděla, že klienti, kteří ukončují pobyt v zařízení chráněného bydlení, odcházejí zpět k rodině, a to hlavně ke svým rodičům. Tyto důvody mohou být různé. Buď jsou to osobní důvody, například špatná adaptace klienta, nebo prostě špatně snášejí odloučení od rodiny. Důvody, proč klienti odcházejí z CHB, jsou podrobně popsány v předešlé otázce. V případě, že klient musí nebo chce opustit CHB a zemřeli mu rodiče a širší rodina se nemůže o klienta starat, může klient přejít do domovů pro zdravotně postižené, domů s pečovatelskou službou nebo do domovů pro seniory. Záleží, v jaké se nachází situaci a do jaké cílové skupiny v daném čase patří.

Nejčastěji zařízení odpovídala, že klienti odcházejí z chráněného bydlení do jiného zařízení, a to nejčastěji do domova pro zdravotně postižené nebo do domova se zvláštním režimem či do domova seniorů. V některých případech klienti odcházejí do jiného chráněného bydlení, a to například tehdy, když si zde najdou partnera nebo přátele, a chtějí jim být blíže. Jak vyplývá z minulé otázky, do domovů pro zdravotně postižené klienti nejčastěji odcházejí proto, že se zhorší jejich zdravotní nebo psychický stav. Rodiny nejsou připraveny se o takové členy rodiny postarat, a tak je svěří do péče dalším specialistům, kteří jsou připraveni se o členy jejich rodiny starat 24 hodin denně. V případě, že klienti již rodiče nemají, péči o ně musí zastat samozřejmě jiná instituce,

v které splňují kritéria cílové skupiny. Péče o klienty v seniorském věku, kdy se jejich zdravotní a psychický stav zhoršuje, je dnes velmi aktuálním tématem.

Jen dvakrát zařízení odpověděla na tuto otázku poslední možností, a tou bylo „jiné“. Tato možnost měla zmapovat, zda jsou ještě jiné možnosti, než výše specifikované. Jinými možnostmi zařízení měla na mysli, že klient buď odešel navždy, tedy úmrtí klienta, anebo využil jiné sociální služby, ale bohužel zařízení CHB blíže nspecifikovala, jaké jiné sociální služby klienti využili.

Ani jedno zařízení neoznačilo jako možnost odchodu klienta osamostatnění se, zřejmě tato možnost nebývá příliš častá. Ač to není prokázáno žádným výzkumem, stává se, že někteří klienti se úplně osamostatní, a to například v případě, že si v chráněném bydlení najdou partnera/partnerku a postupně se osamostatňují, až žijí zcela bez podpory nebo jen s podporou zcela minimální. Přestože se to asi jen zřídka kdy podaří, stejně využívají nějakou ze sociálních služeb, jako například podpora samostatného bydlení atd.

Otázka č. 12: Co by Vám pomohlo pro zkvalitnění služeb, které poskytujete?

Tato otázka byla otevřená a zařízení CHB mohla napsat cokoliv, co by jim pomohlo v jejich poskytování služby chráněného bydlení. Mnoho osob, které tuto otázku vyplňovaly, si postesklly, že by to bylo na dlouhou debatu, ale i přesto pracovníci napsali mnoho zajímavých a užitečných nápadů, které by jim při jejich práci pomohly. Některé jsou jen velmi těžko realizovatelné, ale i v rovině idejí je zajímavé se jimi trochu zaobírat. Co se pro někoho zdá být nemožné, je pro jiné dosažitelné a tak, kdyby byla zařízení spolu v kontaktu, možná by přišla na spoustu možností, jak jednotlivých dílčích cílů dosáhnout.

Všechna zařízení se shodla na tom, že by jim pomohlo, kdyby měla více finančních prostředků. Už by se ale asi neshodla na tom, na co by je použila. Každé zařízení trápí trochu jiné problémy, a tak by finanční prostředky použila rozdílně. Nejčastěji by zařízení CHB potřebovala finanční prostředky na svůj personál. A to buď na jeho rozšíření, nebo na výši platů již stávajícího personálu, případně by využila

prostředky na zkvalitňování personálu. Pracovníci by si přáli, aby mohli mít dostatečný počet personálu, respektive kvalitně vzdělaného personálu, a to nejen pracovníků přímé péče, ale například i terapeutů v různých specializacích. V neposlední řadě by investovali i do administrativního personálu. Další část finančních prostředků by investovali do provozu zařízení. Zařízení CHB by dále použila finance na opravu objektů, kde svoje služby provozují, a do vybavení svých zařízení – dílen apod.

Velmi zajímavý požadavek vznesli pracovníci v jednom ze zařízení CHB, kteří by ocenili výměnné stáže pracovníků z chráněných bydlení. To je velmi užitečné. Tento požadavek téměř nic nestojí, jen vůli ředitelů a pracovníků se do něčeho podobného zapojit. Je to možnost, jak načerpat nové zkušenosti i inovace a aplikovat je do svých zařízení.

Dalším požadavkem bylo zajistit efektivní spolupráci mezi institucemi, které jsou se sociální službou spojené (magistrát, úřad práce, firmy – pracovní zařazení klientů). Jedno zařízení by chtělo mít pracovní dílny mimo své zařízení, jelikož pracovní prostředí pro klienty mimo zařízení skýtá mnoho výhod, co se týče jejich snadnější socializace v rámci společnosti.

Jeden z požadavků bylo méně administrativy. Tento požadavek je asi do jisté míry těžko splnitelný, jelikož v sociálních službách se vše musí pečlivě dokumentovat kvůli inspekcím například standardů péče v sociálních službách atd. Obecně platí, že v pomáhajících profesích, a těmi jsou i sociální služby, je hodně administrativy. To znamená, že jak vedení, tak pracovníci přímé péče tráví mnoho času nad různými zprávami všeho druhu. Je otázkou, zda by nebylo možné tento systém zjednodušit a ušetřit čas na jiné aktivity vedoucích zařízení, ale i jejich zaměstnanců. V případě, že do zařízení z jakýchkoliv důvodů přijde inspekce či kontrola, je však dobré mít vše zdokumentované a sepsané. I na zmíněné inspekce si v zařízení CHB stěžují, protože je odvádějí od práce s klienty. Více by jim vyhovovalo, kdyby jejich frekvence byla nižší.

Také legislativa by měla být podle tazatelů více tvořena lidmi s praxí v daném oboru. Je pak velmi obtížné dostat všem nařízení, která jsou v dané legislativě zahrnuta. Konkrétně si v jednom zařízení přejí, aby byla jasná pravidla pro přiznání a stanovení výše příspěvku na péči a jeho následné čerpání. V zákoně 108/2006 Sb.

o sociálních službách je tento postup popsán, ale zřejmě to při jeho výkonu není tak jednoznačné, jak respondenti píší.

Dalším požadavkem byla lepší dostupnost poskytovatelů sociálních služeb, například domovů se zvláštním režimem. Důvodem tohoto požadavku je, že je velmi složité rozvázat s klientem smlouvu o pobytu, když přestává být klient cílovou skupinou daného zařízení (z důvodu zhoršení fyzického nebo psychického stavu), pokud není jiná vhodná instituce, která by klienta přijala.

Posledním balíčkem připomínek či požadavků, která by zařízení potřebovala k lepšímu fungování, byly připomínky, které se týkaly klientů a jejich zařazení na trhu práce. Zařízení by ocenila větší motivaci firem k zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Klienti by si snadněji hledali práci a nabídka pracovních míst by se tím také rozšířila. Obecně by bylo dobré, aby společnost byla více motivována osoby se zdravotním postižením zaměstnávat i se všemi riziky, která to s sebou nese. A to buď lepšími pobídkami od státu (např. ve formě daňových úlev atd.), nebo v obecnější rovině větším důrazem na společnost, požadavkem, že možnost pracovního místa je v dnešní moderní společnosti normou pro každého. Lze využívat alternativních forem pracovního poměru, jako jsou např. DPP – dohoda o provedené práci a DPČ – dohoda o provedené činnosti apod.

7 INTERPRETACE A DISKUZE VÝSLEDKŮ

Ze šetření, které jsem prováděla, vyplývá několik závěrů. Nejdříve bych se ráda věnovala vyhodnocení hypotéz, které jsem si stanovila na počátku průzkumu.

První hypotézou bylo, že většina zařízení poskytující službu chráněného bydlení je zřizována Středočeským krajem. Tato hypotéza se nepotvrdila. Ze šetření vyplývá, že přesně 50 % zařízení poskytujících službu CHB jsou příspěvkovými organizacemi Středočeského kraje a dalších 50 % zařízení je zřizováno jinými subjekty. Jinými subjekty mohou být např. MPSV, obec, církve, nadace aj. Financování zařízení je závislé na státních dotacích, ovšem ta zařízení, která jsou zřizována jinými subjekty, než jsou subjekty státní, jsou financovány z jiných zdrojů.

Druhým předpokladem bylo, že více než 50 % zařízení poskytujících službu chráněného bydlení je součástí Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tato hypotéza měla určit, zda jsou služby chráněného bydlení službou jen nadstavbovou nebo zda jsou její prioritou. Tato hypotéza se nepotvrdila, jelikož 15 zařízení z 24 je sice součástí ještě jiného zařízení. Ale pouze 11 z nich je součástí DOZP. Další tři zařízení jsou součástí Domova pro seniory a jedno zařízení je součástí ICSS (Integrační centrum sociálních služeb). Přesné procentuální vyjádření je, že 45,8 % zařízení je součástí DOZP a zbytek, tj. 9 zařízení, jsou samostatnými subjekty poskytující sociální službu chráněného bydlení.

Třetí hypotéza se týkala uspokojení čekatelů na službu chráněného bydlení. Předpokládala jsem, že sociální služba chráněného bydlení není schopna uspokojit všechny žadatele o přijetí do této služby. Tedy, že poptávka převyšuje nabídku. Podle průzkumu můžeme tuto hypotézu potvrdit, jelikož zařízení na tuto otázku nejčastěji odpovídala, že klienti na službu CHB čekají několik let. Tato hypotéza potvrdila, že služba chráněného bydlení je ve Středočeském kraji nedostatkovou službou, o kterou je zájem a na kterou se musí čekat i několik let. V případě, že klient nemá rodinné zázemí, musí být umístěn v jiné institucionální péči, jakou je např. DOZP, kde ovšem jeho vývoj není stimulován k osamostatňování, ale naopak k žití v komunitě osob

s postižením, což není moderním trendem sociálních služeb. V případě, že klient chce žít v chráněném bydlení a splňuje podmínky přijetí do CHB, je škoda, že se k této službě nedostane za kratší dobu.

Analýza dat, která vyplývá z nestandardizovaného dotazníku, který zahrnoval všechna zařízení poskytující službu CHB ve Středočeském kraji pro osoby s mentálním postižením, nám vyhodnotil, že zařízení s touto službou by mohlo být více. Jejich kapacita je téměř naplněná a klienti čekají na místo i několik let, klienti by dle výsledků tohoto výzkumu tedy ocenili další zařízení s touto službou. Podle mapky sítě zařízení CHB (viz Obrázek 1, s. 76) bychom mohli usoudit, že na jihu a jihozápadě Středočeského kraje je těchto zařízení nejméně, a to jak co do počtu zařízení, tak i co do jejich kapacity. V ostatních částech Středočeského kraje jsou zařízení poměrně rovnoměrně rozmístěna.

Nemohu vyhodnocovat kvalitu těchto zařízení, protože výzkum nebyl zaměřen kvalitativně. Jen se mohu opřít o faktická čísla, která z analýzy dat vyplývají. Většina zařízení je zaměřena na kapacitu do 30 klientů, anebo i méně. To znamená, že se nejedná o velká zařízení, jakým byly například v minulosti ústavy sociální péče, kde bylo několik desítek klientů v jednom zařízení. Dnes je trendem deinstitucionalizace péče o osoby se zdravotním postižením a výzkum na to vlastně také poukazuje, jelikož 19 zařízení z 24 má maximální kapacitu 30 osob. Třetina zařízení má kapacitu do 19 osob a 5 zařízení má kapacitu jen 9 osob.

Dále nám dotazník vyhodnotil, že zařízení se zaměřují na to, aby míra podpory klienta byla co nejvyšší, a to ve smyslu integrace klienta do společnosti. Chráněná bydlení se včleňují do společnosti hlavně tím, kde jsou. Zařízení tuto službu většinou neposkytují v izolaci od intaktní společnosti, naopak chráněné byty a domy jsou v zástavbě města či obce. I tento trend poukazuje na kvalitu života osob s mentálním postižením. Podle výzkumu je ve Středočeském kraji 30 domů nebo bytů v zástavbě města či obce, tedy v těsné blízkosti intaktní společnosti, kde není možné, aby nedocházelo k interakci klientů CHB a intaktní společnosti. Pouze 9 z domů či bytů je v rámci areálu zařízení pro osoby se zdravotním postižením. V některých případech může být opodstatněné, že klienti mohou být spokojenější ve větší izolaci od okolního světa. Dodává jim to zřejmě pocit bezpečí a jistoty. Jsou klienti, kteří se jen velmi těžce

integrují a v některých případech to nemusí být tím nejlepším, co pro ně okolí může chtít. Věřím však, že pro většinu osob s mentálním postižením by inkluze měla být cílem.

Výsledek, který je k diskuzi, je cílová skupina klientů chráněného bydlení. Zařízení, která tuto službu poskytují, ji nabízejí od 16 let až do konce života. Ale mezi zařízeními jsou velké rozdíly. Některá zařízení nabízejí službu klientům mezi 18. - 64. rokem života. Pak klienti musí odejít a změnit zařízení. Všechna zařízení ukončují s klienty smlouvu v případě, že nejsou jejich cílovou skupinou, a to buď právě kvůli věku nebo změně zdravotního či psychického stavu. Celkem 17 zařízení určilo jen spodní hranici věku přijetí klienta do svého zařízení a jejich horní hranice se tedy spíše odvíjí od zdravotního a psychického stavu klienta. Stav klienta se s věkem spíše zhoršuje, tedy v seniorském věku klient nejspíše musí opustit chráněné bydlení, kde do té doby žil. To pro něj musí být zásadní a nejspíše nepříjemná změna. Snažím se poukázat na to, že problematika seniorů s mentálním postižením je ve Středočeském kraji velký problém a domnívám se, že ani v jiném kraji v České republice to nebude jinak, jelikož z výzkumu vyplývá, že jen dvě zařízení se specializují na klienty v seniorském věku od 65 let.

Dvě otázky z dotazníku měly za cíl zjistit, jak jsou zařízení CHB personálně zajištěna a jaké další služby poskytují. Všechna zařízení mají vedení a sociálního pracovníka a pracovníky v sociálních službách neboli pracovníky v přímé péči. Bez těchto osob by CHB nefungovala. Jako nadstavbu mají zařízení CHB dále zdravotní sestry, terapeutky atd. Hlavně z finančních důvodů si spousta zařízení stěžovala na to, že mají málo pracovníků v přímé péči a nemohou si dovolit je lépe zaplatit nebo nové přijmout. Dále zařízením chybí terapeuti, kteří pracují s klienty různými metodami – arteterapeut, muzikoterapeut atd., téměř jsem se nesešla ve výzkumu s dobrovolníky, kteří by zařízením mohli zajistit pomoc v mnoha ohledech. Zařízení spolupracují s externisty, tedy například fyzioterapii, logopedii, psychoterapii nejčastěji zajišťují externí pracovníci.

Služby, které zařízení CHB nabízejí, jsou zaměřené na práci klientů. Buď nabízejí přímo chráněná pracovní místa, nebo se snaží zajistit práci klientům na volném pracovním trhu. Snaží se spolupracovat s firmami, které by mohly klientům CHB

nabídnout pracovní pozici, atd. Nebo se služby zaměřují na práci klientů ve volném čase, a to v podobě fixování návyků a dovedností. Všechny služby jsou v rámci CHB zpoplatněny. Obecně platí, že zařízení mají od klienta jeho uznaný příspěvek na péči s tím, že klientovi nemusí na rozdíl od jiných sociálních služeb zbýt žádný finanční obnos. Další služby bývají zpoplatněny cca 100 Kč za hodinu. Zařízení přijímají i klienty bez uznaného příspěvku na péči. Samozřejmě si musí služby hradit. Takové klienty přijímá celkem 75 % zařízení.

Další dvě otázky z dotazníku zjistily, proč opouštějí klienti službu CHB a kam odcházejí. Nejčastěji klienti odcházejí z důvodu toho, že přestávají být cílovou skupinou služby chráněného bydlení z důvodů překročení věkové hranice nebo zhoršení zdravotního či psychického stavu. V ojedinělých případech je to proto, že klient porušuje řád CHB anebo to jsou osobní důvody či smrt klienta. Klienti chráněného bydlení nejčastěji odcházejí do jiného zařízení typu domova pro osoby se zdravotním postižením. Necelá třetina odpovědí této otázky v dotazníku poukázala, že klienti odcházejí zpět ke své rodině. Ani jedno zařízení neoznačilo jako možnou odpověď, že se klient zcela osamostatní.

Poslední otázka dotazníku byla otevřená a měla za cíl zjistit, co by zařízením pomohlo ke zkvalitnění služeb, které poskytují. Odpovědi zařízení na tuto otázku by se daly roztrždit do několika skupin. První skupinou byly finanční prostředky, které by zařízení využila na personální zajištění, případně jeho zkvalitnění, anebo na provoz a úpravy zařízení. Další skupinou odpovědí byla administrativní práce kolem vedení CHB a legislativy. Na jednu stranu by zařízení chtěla zjednodušit administrativu kolem CHB, na druhou stranu by chtěla lepší zakotvení CHB v legislativě, což by mohlo vést naopak ke složitější administrativě. Dále by zařízení ocenila efektivnější spolupráci s úřady a s jinými institucemi zajišťující péči o osoby s mentálním postižením. A poslední, ale asi nejvíce zmiňovanou skupinou odpovědí bylo, že by zařízení potřebovala snazší uplatnění svých klientů na trhu práce. A to jak s ohledem na firmy, které by jim práci mohly zajistit, tak na legislativní rámec této problematiky.

ZÁVĚR

Diplomová práce měla za cíl zmapovat chráněná bydlení pro mentálně postižené ve Středočeském kraji. Práce se sestává z teoretické části, kde byly v několika kapitolách popsány základní pilíře diplomové práce. První kapitola se věnovala chráněnému bydlení. Věnovala se legislativě spojené s touto službou, cílům a formám chráněného bydlení a také dalším službám, které chráněná bydlení poskytují. Druhá kapitola se věnovala problematice pojmu mentální retardace a lidem s mentálním postižením. Třetí kapitola vymezovala sociální služby, jak je popisuje zákon o sociálních službách.

V praktické části se diplomová práce zaměřila nejprve na Středočeský kraj, který je dle mého názoru aktivní v realizaci projektů a grantů, které se týkají sociálních služeb. I z tohoto důvodu jsem se rozhodla tyto aktivity Středočeského kraje také zahrnout do diplomové práce. Když jsem analyzovala data do této práce, snažila jsem se je s něčím porovnat, abych mohla dojít k závěrům v porovnání s jiným výzkumem. Bohužel v té době nic takového nebylo možné. Ve Středočeském kraji právě probíhá projekt, který se nazývá Podpora procesů směřujících k poskytování sociálních služeb a sociální práce s důrazem na jednotnou strategii ve Středočeském kraji. Projekt je financován z fondů Evropské unie a probíhá od 1. 9. 2013 do 30. 6. 2015. Cílem projektu je zmapovat situaci sociálních služeb ve Středočeském kraji včetně kvalitativního šetření. Dalším úkolem projektu bude vytvořit střednědobý plán, který bude vycházet z reálných potřeb poskytovatelů sociálních služeb ve Středočeském kraji, tedy přímo navazuje na to, proč jsem tuto práci začala psát. Mojí motivací bylo zjistit, jaká je situace ve Středočeském kraji kvůli klientům našeho zařízení. V práci jsem se již zmínila, že pracuji jako vychovatelka v dětském domově a služeb chráněného bydlení bychom rádi využívali pro naše klienty, ale z různých důvodů to není snadné. Největší problém dle mého názoru je, že služba není dostupná pro naše klienty v krátkém časovém horizontu. Věřím, že díky projektu, který v září 2013 začal, budou tyto služby posíleny, a tak budou naši klienti tuto službu využívat snadněji.

Existuje registr poskytovatelů sociálních služeb, který je velmi cennou pomůckou pro všechny, kteří potřebují tyto služby. Avšak pro potřeby dětského domova, kde pracuji, byl nedostačující. Z dotazníku, který byl součástí diplomové práce, později vytvořím interní katalog, který bude popisovat všechna zařízení, která byla zahrnuta ve výzkumu diplomové práce. Jako příklad z katalogu jsem uvedla jedno zařízení Villa Vallila a je součástí této práce v příloze B.

Kapitola, která se věnovala analýze dat, měla za cíl podrobně popsat všechny výsledky, které vyplývaly z dotazníkového šetření zařízení poskytujících CHB pro mentálně postižené osoby. Metoda dotazníku je riziková. I já jsem se setkala s problémy návratnosti dotazníku. Nakonec se mi 19 dotazníků z 24 vrátilo a zbylá zařízení jsem obtelefonovala a podrobně prostudovala jejich výroční zprávy a webové stránky, abych získala všechny potřebné informace. Analýza dat vyvrátila nebo potvrdila mé tři hypotézy. První hypotéza se nepotvrdila, jelikož jsem se domnívala, že většina zařízení CHB (přes 50 %) je zřizováno Středočeským krajem. Výsledek byl, že přesně 50 % zařízení CHB je zřizováno Středočeským krajem a dalších 50 % je zřizováno jinými subjekty. Další hypotéza se také nepotvrdila. Analýza dat ukázala, že 45,8 % zařízení CHB jsou součástí DOZP - a služba chráněného bydlení je jen doplňkovou službou. Tato hypotéza byla postavena na mém předpokladu, že většina zařízení CHB vznikla transformací sociálních služeb z ústavních zařízení – jako byly například ústavy sociální péče aj. Poslední hypotéza vycházela z mé praktické zkušenosti přesunu našeho klienta z dětského domova do služby CHB. Přesun nebyl možný, jelikož v žádném zařízení v okruhu 50 km nebylo volné místo. Předpokládala jsem, že sociální služba CHB není schopna uspokojit všechny žadatele o přijetí do této služby. V důsledku to znamená, že poptávka převyšuje nabídku. Přes 83 % zařízení potvrdilo, že klienti čekají na volné místo minimálně půl roku, ale i několik let. Z toho vyplývá mé doporučení pro poskytovatele sociálních služeb, že tuto službu by bylo potřeba v kraji posílit. Samozřejmě to není jen apel na Středočeský kraj, ale i na jiné subjekty, které mohou sociální službu CHB poskytovat.

Další otázky v dotazníku byly zaměřeny na míru podpory v CHB, personální zajištění, cílovou skupinu klientů, nabídku dalších služeb, kdy a za jakých podmínek

ukončují klienti smlouvu se zařízením a kam klienti odcházejí. Poslední otázka se věnovala potřebám pracovníků, kteří v CHB pracují, konkrétně co by jim pomohlo k jejich práci. Odpovědi na jednotlivé otázky jsem zpracovala v předchozí kapitole, takže se jimi v závěru již nebudu zabývat.

Diplomová práce pro mě byla velkým přínosem. Jelikož nepracuji v sociálních službách, musela jsem se do této problematiky ponořit hlouběji, než jsem zatím činila v rámci výuky na vysoké škole. Nebylo tedy pro mě jednoduché prostudovat tolik materiálu, abych dané problematice mohla věnovat diplomovou práci. Současně jsem byla mnohokrát mile překvapena při studiu a analýze dat z výzkumu. Cílem této práce nebylo kvalitativně posuzovat a srovnávat zařízení, tedy snad jen v závěru mohu podotknout, že některá zařízení poskytují nepřeborné možnosti pro své klienty. Překvapil mě počet dalších služeb, které zařízení poskytují, od terapií až po velmi kvalitní depistáž volných pracovních míst pro své klienty a vytváření možností pracovního uplatnění klientů. Neplatí to plošně, proto nemohu o těchto kvalitách nijak spekulovat. Některá zařízení měla velmi kvalitně zpracována své webové stránky, výroční zprávy a smlouvy pro klienty s piktogramy. Doufám, že výsledky z mého výzkumu budou prakticky využitelné, a to hlavně v podobě katalogu, který z něho vznikne.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, M., a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978+80-246-1565-3.

DOLEŽAL, R., VÍTKOVÁ, M. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, příručka pro zaměstnavatele k projektu OPR LZ 3.1., „aktivizační a vzdělávací centrum“*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-143-0.

LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-31-9.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. přepracované vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené vydání, Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-12-0.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. 1. vyd., Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006. ISBN 80-239-9547-2.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd., Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN: 80-244-1073-7.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepr. a dopl. vyd., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd., Praha: Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd., s. 24. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. vyd., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002 ISBN 80-7178-514-8.

VALENTA, M. a MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 2. vyd., Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 4. vyd., Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika, integrace školní a sociální*, 2. rozšířené a přepracované vyd., s. 207. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VÝROST, J. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání, Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

JAKABČIC, I., POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia., Patopsychológia mentálne postihnutých*. 1. vyd., Bratislava: Iris, 1995. ISBN 80-88778-11-5.

POŽÁR, L. *Základy psychológie ľuďí s postihnutím*. 1. vyd., Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. ISBN 978-80-8082-147-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

Individuální projekt - Základní síť sociálních služeb ve Středočeském kraji. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/regionalni-rozvoj/individualni-projekt%E2%80%93sluzby-prevence/>

Individuální projekt - Zvyšování kvality sociálních služeb v SK. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/individualni-projekt-zvysovani-kvality-soc.-sluzeb-v-SK/>

Popis realizace poskytované sociální služby. [online]. © 2. 9. 2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.centrum83.cz/wp-content/uploads/2013/05/Popis-realizace-CHB.pdf> >

Příspěvek na péči. [online]. © 25. 3. 2013 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek> >

Realizované projekty. [online]. [cit. 2012-01-26]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/realizovane-projekty/>

Sociálně terapeutická dílna. O službě. [online]. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.rolnicka.cz/nase-sluzby-a-zarizeni/socialne-terapeuticka-dilna/> >

Sociální oblast. [online]. [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/>

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na období 2012-2013. [online]. © 21. 11. 2011 [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/planovani-rozvoje-soci%C3%A1lnich-sluzeb/aktuality/>

Ukončené projekty [online]. [cit. 2012-01-26]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/ukoncene-projekty.html>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Síť zařízení CHB ve Středočeském kraji a jejich kapacity.....	76
--	----

Seznam grafů:

Graf 1: Kapacita zařízení.....	74
Graf 2: Čekací lhůty klientů na místo v CHB	78
Graf 3: Věková hranice přijímaných klientů CHB.....	80
Graf 4: Míra podpory v zařízeních CHB.....	83
Graf 5: Personální zajištění v zařízeních CHB.....	86
Graf 6: Další služby poskytující CHB.....	89

Seznam tabulek:

Tabulka 1 : Přístupy k definování mentálního postižení.....	21
Tabulka 2: Příspěvkové organizace Středočeského kraje poskytující CHB	71
Tabulka 3: Ostatní organizace poskytující službu CHB	72
Tabulka 4: Kapacita zařízení	73
Tabulka 5: Čekací lhůty klientů na místo v CHB	77
Tabulka 6: Věková hranice přijímaných klientů CHB	80

Tabulka 7: Míra podpory v zařízeních CHB	82
Tabulka 8: Personální zajištění v zařízeních CHB	85
Tabulka 9: Další služby poskytující CHB	88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník.....	I
Příloha B – Katalog.....	V

Příloha A – Dotazník

DOTAZNÍK

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který se týká chráněného bydlení ve Středočeském kraji a je součástí výzkumu diplomové práce na toto téma. Vyplňujte prosím přímo do textu dotazníku. Některé otázky jsou uzavřené (prosím označit Vaši odpověď barevně nebo ztučnit), jiné otevřené. Některé jsou kombinované – v případě, že je za odpovědí vytečkovaná linka, prosím doplňte. Prosím o odeslání dotazníku na emailovou adresu **konecnaadela@email.cz**

Děkuji velmi za Váš čas Adéla Konečná

Název Vašeho zařízení:

.....

1) Zřizovatel Vašeho zařízení:

.....

2) Kapacita Vašeho zařízení:

.....

3) Naplněnost Vašeho zařízení:

.....

- Jak dlouho čeká žadatel na místo ve Vašem zařízení?

.....

4) Cílová skupina klientů:

- Od kolika/do kolika let mohou klienti ve Vašem zařízení využívat službu CHB.
-

5) Míra podpory ve Vašem zařízení (případně doplňte počty bytů a domů):

- a) samostatný byt v zástavbě města/obce s asistencí dle potřeb klienta
- b) samostatný byt v zástavbě města/obce s celodenní asistencí
- c) dům, kde se nachází více bytů/pokojů pro klienty v zástavbě města/obce
- d) dům, kde se nachází více bytů/pokojů pro klienty v areálu zařízení pro osoby se zdravotním postižením
- e) byt/byty v rámci zařízení pro osoby se zdravotním postižením

6) Personální zajištění:

- a) sociální pracovnice
- b) pracovník v sociálních službách
- c) zdravotní sestra
- d) osobní asistent
- e) speciální pedagog
- f) andragog
- g) dobrovolník
- h) psycholog
- i) fyzioterapeut
- j) logoped
- k)

jiné.....

7) Jaké další služby poskytujete:

- a) Chráněné dílny / chráněná pracovní místa
- b) Sociálně terapeutická dílna
- c) Centrum denních služeb
- d) Osobní asistence – nákup, úřady aj.
- e) Dobrovolníky
- f) Fyzioterapie
- g) Logopedie
- h) Jiné.....

8) Je Vaše zařízení součástí jiného zařízení? Pokud ano, jakého typu?

- Ano.....
- Ne

**9) Přijímá Vaše zařízení i klienty, kteří nemají uznán příspěvek na péči?
Pokud ano, za jakých podmínek je to možné?**

- Ano.....
.....
- Ne

10) Kdy a za jakých podmínek ukončují klienti smlouvu s Vaším zařízením?

.....
.....
.....
.....
.....

11) Kam nejčastěji odcházejí klienti z Vašeho zařízení:

- a) Zpět k rodině
- b) Osamostatní se
- c) Jdou do jiného zařízení

.....

- d) Jiné.....

.....

12) Co by Vám pomohlo ke zkvalitnění služeb, které poskytujete?

.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za Vaši ochotu.

Příloha B – Katalog

Název: Občanské sdružení VILLA VALLILA

Adresa a kontakt: Červený Újezd 32, 257 88,

Monika Otradovcová: 317 802 106

Email: villa@vallila.cz

Zřizovatel: MPSV

Kapacita: 10 osob

Cílová skupina: od 18 let

Typ CHB: Villa Vallila poskytuje službu CHB bydlení ve dvou bytech a jednom domě. Skupinová forma CHB je poskytována v komunitním domě a ve dvou malých bytech si klienti, kteří mají zaměstnání, mohou trénovat samostatné bydlení. CHB poskytuje celodenní péči o klienty.

Další služby: K domu patří velká zahrada, kterou klienti obhospodařují, pěstují bylinky a zeleninu. Na zahradě mají farmu, kde chovají slepice a ovce. CHB se snaží klienty zapojit do sociální firmy, hledat jim uplatnění na otevřeném trhu práce – veřejně prospěšné práce v obci, v moštárně nebo kovárně, v nemocnici, v hospici aj. Nabízejí klientům službu chráněných pracovních míst, zácvikové dílny, výrobní dílny na pečení psích sušenek.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Adéla Konečná

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Chráněné bydlení pro mentálně postižené ve Středočeském kraji

Rok: 2014

Počet stran textu: 98

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 23

Počet titulů zahraničních zdrojů: 2

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: PaedDr. Stanislava Dyršmířová