

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014–2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Barbora Kohoutová

**Vliv procesu humanizace na kvalitu života lidí s mentálním
postižením s nejvyšší mírou potřebné podpory**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES
2014–2018**

BACHELOR THESIS

Barbora Kohoutová

**The impact of humanization process on the quality of life
among mentally disabled people (highest level of assistance)**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská 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 2.2. 2018

.....

Barbora Kohoutová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Lukášovi Stárkovi, Ph.D. za odborné a trpělivé vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi při psaní této práce věnoval. Dále bych chtěla poděkovat vedení a pracovníkům sociálních zařízení za čas a ochotu spolupracovat v rámci mého výzkumného šetření.

Anotace

Tématem bakalářské práce je vliv procesu humanizace v sociálních službách na kvalitu života lidí s mentálním postižením. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem ovlivňuje humanizace sociální začlenění uživatelů s mentálním postižením s nejvyšší mírou podpory. Popisuje specifika lidí s mentálním postižením, vývoj vztahu společnosti k lidem s mentálním postižením a věnuje se problematice humanizace, deinstitucionalizace, transformace a institucionální péče. Výzkumným cílem je zjistit, jaký je vliv procesu humanizace na osoby s nejvyšší mírou podpory ve vybraných organizacích.

Klíčová slova

Deinstitucionalizace, humanizace, kvalita života, mentální postižení, míra podpory, transformace, ústav.

Annotation

Topic of this bachelor thesis is the influence of the process of humanization in social services on the quality of life for the people with mental disabilities. The aim of the thesis is to find out how humanization affects the social inclusion of the mentally disabled users with the highest aid intensity. The thesis describes the specifics of people with mental disabilities, the development of relations between the society and the people with mental disabilities, humanization, deinstitutionalization and transformation, institutional care and also the quality of life of people with intellectual disabilities. The research objective is to determine the impact of the humanization process on people with the highest degree of support in selected organizations.

Key words

Aid intensity, constitutional, deinstitutionalization, humanization, mental disabilities, quality of life, transformation.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	11
1.1 Terminologie	11
1.2 Klasifikace mentálního postižení	12
1.2.1 Specifika lidí s mentálním postižením	13
1.3 Příčiny vzniku a faktory ovlivňující vznik mentálního postižení	17
2 HUMANIZACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	19
2.1 Vývoj vztahu společnosti k osobám se zdravotním postižením.....	19
2.2 Pobytové sociální služby dle zákona 108/2006 Sb.	22
2.2.1 Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením	23
2.3 Princip normality.....	26
2.4 Humanizace.....	27
2.5 Specifika potřeb lidí s mentálním postižením.....	28
2.6 Ústav jako místo sociálního vyloučení	31
2.6.1 Ústav jako totální instituce	33
3 KVALITA ŽIVOTA	36
3.1 Fenomén kvality života	36
3.2 Posuzování nezbytné míry podpory	38
3.3 Standardy kvality sociálních služeb	43
3.4 Kvalita života podle WHO.....	44
PRAKTICKÁ ČÁST	46
4 PLÁN VÝZKUMU	46
4.1 Formulace výzkumného problému.....	46
4.2 Metodologie výzkumu	46
4.3 Nástroj sběru dat	47
4.4 Hypotézy a dílčí cíle výzkumu.....	48
4.5 Zdůvodnění výběru zařízení.....	50
4.6 Popis zařízení	50
4.7 Výzkumný soubor	53

5	VLASTNÍ VÝZKUM – REALIZACE.....	54
5.1	Vstup do výzkumného prostředí a sběr dat	54
5.2	Intepretace získaných dat	54
5.3	Ověřování pracovních hypotéz	59
5.4	Shrnutí praktické části.....	60
6	DISKUZE	62
	ZÁVĚR	63
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	64
	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Ústředním motivem této bakalářské práce je proces humanizace v sociálních službách, který má vést ke zkvalitňování života uživatelů sociálních služeb. Těžištěm sociálních služeb je individuální práce s uživatelem, mezi klíčová východiska patří důraz na jedinečnost každého uživatele a autonomii jeho rozhodování, vzájemný respekt a rovnocenný vztah. Uživatel služby je v procesu poskytování služby klíčovou osobou. V bakalářské práci budeme zkoumat, zda jsme schopni, jako poskytovatelé služeb, v dnešním systému existence ústavů schopni akceptovat osobnost uživatele jako individualitu a plně mu zajistit to, co garantují nejen standardy kvality sociálních služeb, ale i platná legislativa – např. Listina základních práv a svobod.

Transformace sociálních je dnes aktuálním a často diskutovaným tématem. Humanizace ústavní péče je jedním z hlavních prostředků transformace sociálních služeb. Základem takového procesu je respekt k uživateli a jeho vlastní svébytnosti. Tento proces by měl podmínky v tzv. ústavní péči zkvalitnit, naplnit právo na plnohodnotný život, který se dá srovnat s životem běžné majoritní společnosti.

Práce je teoreticko-empirického charakteru. V části teoretické v první kapitole popíšeme příčiny vzniku a faktory ovlivňující vznik mentálního postižení, popisujeme vývoj přístupu společnosti k lidem s mentálním postižením a v neposlední řadě si přiblížíme jistá specifika osob s mentálním postižením. Druhá kapitola nás seznámí se sociálními službami podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. I s pojmy, které souvisejí s touto legislativou. Třetí kapitola se zabývá humanizací, vysvětluje princip normality, transformaci i rizika institucionalizace. Práce seznamuje čtenáře s vlivem sociálního prostředí na člověka. V poslední teoretické kapitole se věnují fenoménu kvality života.

Empirická část práce se snaží, zodpovědět na výzkumnou otázku - zdali má proces humanizace vliv na kvalitu života lidí s mentálním postižením. Pro realizaci výzkumu bylo rozhodnuto využít kvantitativní výzkumnou strategii, pomocí formy dotazníku. Jako respondenti byli osloveni pracovníci přímé obslužné péče z organizací, které prošly procesem transformace nebo jsou v procesu humanizace.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno z důvodů praktických zkušeností autorky práce se změnami v organizaci poskytující pobytovou sociální službu pro lidi s mentálním

postížením, jež zavádí změny v péči – pomocí humanizačních procesů. V profesním životě sledujeme, kam až se dá posunout kvalita života uživatelů zaváděním nového přístupu, který staví na naplňování práv uživatele a principu normality.

1 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

S ohledem na téma bakalářské práce je důležité si v první kapitole vymezit základní pojmy o mentálním postižení. Popíšeme příčiny vzniku a faktory ovlivňující vznik mentálního postižení. Podle stupně mentálního postižení charakterizujeme některé ze specifických potřeb osob s mentálním postižením a to v různých oblastech či obdobích života (vývoj v dětském věku, míra školních dovedností, schopnost komunikace a její používání, schopnost sebeobsluhy apod.).

1.1 Terminologie

Mentální postižení

„Mentální postižení je vrozené a trvalé postižení osobnosti, projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky.“ (Matoušek, 2008, s. 98)

Dolejší (1973, s. 27) mentálním postižením rozumí: *„vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení.“*

Dále lze postižení definovat dle Michalíka (2011, s. 186) takto: *„V současné době se za zdravotní postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit.“*

V současnosti se při snaze vymezit mentální postižení uplatňujeme více přístupů, které reflektují různé úhly pohledu na problematiku mentálního postižení. Výše uvedené definice se shodují v tom, že mentální postižení je trvalé postižení psychických funkcí, se kterým souvisí další možná omezení v různých oblastech života jedince s postižením.

1.2 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení znamená vážná omezení ve dvou nebo i více oblastech adaptivních schopností, které potřebujeme pro náš každodenní život, jako je péče o sebe sama, komunikace, rodinný život, volný čas, sebekontrola, vzdělání, péče o zdraví, sociální schopnosti a uplatnění ve společnosti. Mentální postižení doslova znamená duševní zaostávání, či zpomalení. Člověk s mentálním postižením je individualita stejně jako člověk bez postižení, ale i tak mají jedinci s mentálním postižením jisté společné charakteristické rysy (v různé intenzitě, jejichž individuální obměna závisí na hloubce a rozsahu mentálního postižení. (Švarcová, 2011)

Pipeková (2004, s. 463) uvádí, že: *„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude také záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik.“*

Na pojem mentálního postižení lze pohlížet různou optikou. Lékařské pojetí mentální retardace bude odlišné od pojetí sociálního pracovníka či speciálního pedagoga apod. Chceme-li se však přiblížit podstatě toho, co je mentální postižení, musíme si připustit, že jeden úhel pohledu nám k tomu stačit nebude.

Klasifikace lidí s mentálním postižením nebývá zcela relevantní. Opírá se převážně o jedno kritérium a to o klasifikaci podle míry postižení vyjádřenou IQ (inteligenční kvocient), který určuje míru rozumových schopností. Podle stupně mentálního postižení je pak např. žák zařazován do systému speciálních škol a institucí psychopedického charakteru a nebo do poskytování speciálně pedagogické péče. U jedince s mentálním postižením dochází k vývoji a to jak regresivním a progresivním směrem. Jak uvádí Švarcová (2011, s. 37): *„Význam inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštích inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby probanda nelze přeceňovat“*. Klasifikační systém mentálního postižení podle výše uvedených informací nekalkuluje s jednotlivými stránkami osobnosti, které jsou pro mentální retardaci typické. Musíme podotknout, že „testovat“ osobu s mentálním postižením je velmi náročné a to z různých důvodů: nervozita jedince, komunikační bariéra apod. to

jsou faktory, které mohou ovlivnit vymezení hodnot IQ a následné zařazení do příslušné kategorie mentálního postižení. Hodnoty IQ mohou kolísat, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i odlišné výsledky. (Švarcová, 2011)

Srovnáme-li různé definice toho, co vlastně znamená mentální postižení, zjistíme, že se jedná o poměrně nejednoznačný termín. Definice mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí. Při klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. MKN ve svých diagnostických vodítcích uvádí, že stanovování intelektové úrovně by mělo vycházet ze všech možných dostupných zdrojů včetně klinických nálezů a adaptačního chování, a to s ohledem na kulturní zázemí jedince a nálezů psychometrických testů. (Valenta, 2012)

Tabulka 1: Členění mentálního postižení podle MKN 10 (Švarcová, 2011)

Mentální postižení	IQ	Mentální věk
Lehké mentální postižení	50 - 69	9 - 12let
Středně těžké mentální postižení	35 - 49	6 – 9 let
Těžké mentální postižení	20 – 34	3 – 6 let
Hluboké mentální postižení	Nejvýše 20	Pod 3 roky
Jiné mentální postižení	Kategorizace je nelehká pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.	
Nespecifikované mentální postižení	Mentální postižení je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů.	

1.2.1 Specifika lidí s mentálním postižením

Nežli začneme s popisem specifík u lidí s mentálním postižením, je nutno předesťtít, že je velmi těžké jasně vymežit potřeby člověka s mentálním hendikepem. Každý člověk je individualitou, a má tudíž obdobné potřeby a z toho plynoucí specifika.

Specifické potřeby vysvětluje Novosad (2009) jako zdůrazněná specifika jedince, resp. toho, co z jedincova postižení vyplývá a jaké to může mít důsledky. Otázkou však

zůstává, mají-li opravdu lidé s postižením nějaké zvláštní, mimořádné, prioritní potřeby? Maslowova hierarchie potřeb člověka se však neomezuje jen na potřeby zdravých jedinců. Je výstižným modelem potřeb každého člověka. S ohledem na lidi s mentálním postižením může však nastat situace, kdy jedinec pro své funkční nebo orgánové postižení či poruchu nemůže některé z těchto významných lidských potřeb realizovat obvyklým způsobem. Brání mu v tom jeho míra a druh postižení. (Novosad, 2009)

Člověk, u něhož je diagnostikována mentální retardace musí splňovat určitá následující tři kritéria (specifika), jež uvádí Thorová in Čadilová (2007)

- Úroveň rozumových schopností (IQ – inteligenční kvocient, VQ – vývojový kvocient) je nižší než 70 bodů.
- Člověk musí mít na dané vývojové úrovni zřetelné problémy s přizpůsobením se nárokům v běžném životě. U dětí předškolního věku se jedná zejména o komunikační, sensorické a sebeobslužné dovednosti. Ve školním věku dítěte dochází k selhávání ve školních dovednostech a v dospělém věku je pak omezena nebo znemožněna schopnost samostatného života.
- Jedná se o poruchu vrozenou, která je u dané osoby přítomna již od dětství, při správné diagnóze dochází ke zlepšení pouze v rámci základního hendikepu.

Podle závažnosti (hloubky) dělíme mentální retardaci do 4 skupin. Popíšeme jisté charakteristické rysy u lidí daných kategorií, pro kvalitnější vymezení jednotlivých specifik.

- 1) **Lehké mentální postižení** Jedná se nejrozšířenější formu mentálního postižení, která je diagnostikována asi u 80 % populace s mentálním postižením populace (Švarcová, 2011). Vývoj v dětském věku již bývá mírně opožděný. Stav vede k obtížím při školní výuce, ale jak uvádí Thorová in Čadilová (2007), děti v tomto stupni postižení se naučí mluvit později, ale řeč si nakonec osvojí. Ve škole dosáhnou zhruba do úrovně 10 – 11 let. Thorová in Čadilová (2007) i Švarcová (2011) se shodují v tom, že obvykle největší selhávání probíhá v abstraktních předmětech a logických operacích. Obě uvádějí, že osnovy základní školy nejsou tyto děti schopny zvládnout. Dětem s lehkým stupněm mentálního postižení velmi pomáhá výchova a vzdělávání, zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. (Švarcová, 2011).

Charakteristické pro lidi s touto hloubkou mentálního postižení je, že většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč a to účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a verbálně komunikovat, i když jak jsem již uvedla, v dětském věku bývá vývoj řeči opožděný. Mnoho dospělých je schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti. V sebeobsluze jsou lidé s lehkým mentálním postižením samostatní a v adaptovaném prostředí dokážou mnohdy úspěšně pracovat. Po adekvátním nácviku jsou tedy někteří schopni samostatně docházet do práce, vykonávat různé manuální činnosti i samostatně bydlet, avšak s určitou mírou pomoci dalších osob. (Thorová in: Čadilová, 2007)

2) Střední mentální postižení

V populaci lidí s mentálním postižením se podle Thorové in: Čadilová (2007) vyskytuje 10 % těchto jedinců, Švarcová (2011) uvádí 5%. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství. Děti z této kategorie za dobu školní docházky většinou zvládnou základy trivie (čtení, psaní počítání), avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace. V sebeobsluze bývají samostatní, potřebují však dohled a občasnou pomoc ve složitějších situacích. Budou tedy potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. U těchto jedinců je značně zpomalený rozvoj chápání a užívání řeči, stejně tak je to se schopností pečovat sám o sebe. Většinou se jedná o mobilní a fyzicky aktivní osoby, podílející se na sociálních aktivitách. Neurologické a fyzické hendikepy jsou již oproti lehkému mentálnímu postižení značně frekventovanější. K životu tito jedinci potřebují více podpory, asistence. Zcela samostatného života nejsou schopni. (Švarcová, 2011)

3) Těžké mentální postižení

V populaci mentálně hendikepovaných se podle Thorové in: Čadilová (2007) vyskytuje 5 % těchto jedinců, Švarcová (2011) uvádí též 5%. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců – 3,5 roku. Podle Švarcové (2011) jsou možnosti výchovy a vzdělávání dosti omezené, avšak praxe ukazuje, že rehabilitační, vzdělávací a výchovná podpora může významně přispět k lepšímu osvojování si nejen rozumových či motorických dovedností, což může vést k vyšší kvalitě jejich života. Symptomy jsou obdobné jako u lidí se střední retardací, avšak obtíže jsou výraznější. Školní trivium tyto děti z této kategorie mentálního postižení nezvládají, nicméně se můžou naučit celou škálu školních dovedností. Většina jedinců trpí vážnými motorickými omezeními

(přítomná výrazná neobratnost a dyskoordinace) nebo jinými přidruženými vadami. Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory. Co se týká řečových schopností, Thorová in: Čadilová (2007, s. 26-28) uvádí, že: „*S poruchou autistického spektra spojenou s těžkým mentálním postižením se velmi často druzí vývojová afázie (vrozené nerozvinutí a porozumění řeči). Pokud je přítomná řeč, má pouze minimální komunikační funkci, časté bývají echolálie či slova bez komunikačního kontextu. Silně omezené jsou i neverbální (mimoslovní) komunikační schopnosti. Pohybové stereotypie se vyskytují frekventovaněji.*“

4) Hluboké mentální postižení

Jedinci s mentálním postižením tvoří necelé 1% mentálně postižené populace, což uvádí ve svých publikacích Švarcová i Thorová (zdroje tamtéž). IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. Mají problém porozumět řeči, požadavkům či nárokům na ně kladených. Nemají většinou schopnost pečovat sami o sebe, o své základní potřeby. Možnosti vzdělávání a výchovy jsou komplikované ve smyslu omezenosti možností. Existují však postupy, kterými můžeme dosáhnout omezeného rozvoje motoriky a nebo např. komunikačních dovedností. Je nutné posilovat u těchto jedinců smyslové stimuly, abychom podpořili jejich osobní vývoj. Mají tedy nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Těžké omezení je zde ve všech schopnostech např. vzdělávání, motorika, možnost pracovního uplatnění, porozumění řeči, požadavků či instrukcím a v nejlepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace (velmi jednoduchá sociální interakce a to většinou pouze neverbální (např. kývání hlavou). Tito jedinci potřebují vysokou míru podpory. (Švarcová, 2011)

5) Jiné mentální postižení

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích,

u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

6) Nespecifikované mentální postižení

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit osobu do jedné ze shora uvedených kategorií.

1.3 Příčiny vzniku a faktory ovlivňující vznik mentálního postižení

Pokud se narodí osoba s mentálním postižením, je to pro jejich rodinu a blízké šokující událost. Rodiče nepředpokládají, že se dítě nebude vyvíjet běžným způsobem. Chtějí zjistit, kde se vzala příčina, že se právě jejich dítě narodilo s mentálním postižením. Stanovit příčiny mentálního postižení je nelehké. Téměř u žádného jedince nelze s přesností pojmenovat příčinu mentálního postižení. Mentální postižení může být způsobeno jakoukoli okolností, která narušuje vývoj mozku před narozením, během porodu nebo v raném dětství. Etiologie mentálního postižení je tedy velmi rozmanitá a to vzhledem k množství možných vlivů, které mohou ohrozit zdravý růst plodu. Etiologie mentálního postižení je stejně tak variabilní jako jeho symptomatologie. Je to dáno celou řadou vlivů, které se podílejí na vzniku tohoto specifického psychického stavu. Hlavní původem mentálního postižení je však organické nebo funkční porucha mozku. Zhruba u jedné třetiny lidí s mentálním postižením zůstává příčina poruchy neobjasněna. (Valenta a Müller in ČADILOVÁ 2007)

Valenta a Müller (2007, s. 55) popisují příčiny mentálního postižení následovně: *„Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány různě. Existují faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), odborná literatura se často zmiňuje o postižení vrozeném či získaném. Dle časového hlediska se rozlišují faktory prenatální (působící před porodem), perinatální (působící během porodu a krátký čas po něm) a postnatální (působící v průběhu života)“.*

Příčiny vzniku postižení lze definovat dle Michalíka (2011) takto:

1) Vrozená vada

Znamená, že se dítě s nemocí, poruchou již rodí. Tato porucha může být geneticky podmíněná – dědičná nebo získaná během těhotenství.

a. Dědičné vady

Dědičné vady jsou chromozomální – autosomální či vázané na X, Y chromozom, někdy vznikají mutací genu.

b. Vrozené vývojové vady

Ty většinou vznikají na základě vadné embryogeneze, tj. na plod mohou mít během nitroděložního vývoje negativní vliv vnější faktory, jako například infekce u matky nebo škodliviny jako léky, drogy, alkohol, nikotin, znečištěné ovzduší, chemikálie.

2) Získaná porucha

Získaná porucha může vzniknout v době porodu – perinatálně či v jakémkoli období po něm – postnatálně. Příčinou jsou vnější vlivy přímo působící na organismus.

2 HUMANIZACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

V následující kapitole se budeme věnovat tomu, jak se v jednotlivých etapách vývoje lidské společnosti přistupovalo k lidem s mentálním či jiným postižením, čímž se dostaneme až k současným trendům a posláním sociálních služeb. V této části práce se také budeme věnovat terminologií základních pojmů, se kterými se v následujícím textu budeme setkávat.

2.1 Vývoj vztahu společnosti k osobám se zdravotním postižením

Vývoj sociální práce jako právoplatného oboru je podle Matouška (2012) možné v rámci euroamerické civilizace sledovat teprve jedno století. Matoušek pokračuje: „*Když však přijmeme širokou definici sociálního blahobytu jako ideálu, díky němuž jsou ve společnosti organizovány aktivity reagující na sociální problémy doby, pak se ukáže, že většina známých společností si vytvářela instituce, jejichž činnost k tomuto cíli směřovala a jež můžeme z dnešního hlediska označit za zárodečné podoby sociální práce*“. Matoušek (2012, s. 83) Teprve po velkých revolucích v 19. století začínají státy, a vlastně společnost jako taková, přemýšlet o tom, že společnost by měla být spravedlivá ke všem lidem – začíná se uvažovat o rozdělování zdrojů sociálního blahobytu (nejen finanční zabezpečení, ale i zajištění bydlení, vzdělávání, zdravotní péče...).

Milichovský (2010) ve své publikaci Kapitoly ze somatopedie dělí vývoj vztahu společnosti ke zdravotně postiženým do níže uvedených stadií:

- Stadium represivní.
- Stadium charitativní péče.
- Stadium humanitní péče.
- Stadium rehabilitační a preventivní péče.

1) Stadium represivní – likvidace a segregace osob s postižením

Nejstarší lidské společenství nemělo vytvořené pevné mravní normy. Za správné se považovalo to, co udržovalo skupinu silnou a vitální naopak za slabé i ohrožující bylo považováno vše, co skupinu ohrožovalo. Byla to snaha udržet rodinu či celý kmen ve

stabilní silné pozici, která určovala další život nemocných či postižených jedinců, neboť tím, že fungovali ve skupině méně výkonově, tak ji i ohrožovali. Skupiny lidí se pak těchto jedinců zbavovaly fyzickou likvidací, vyloučením nebo opuštěním. (Milichovský, 2010) Matoušek (2012) však uvádí, že k této změně v lidském přístupu vedla až neolitická revoluce (přechod k soustavnému pěstování polních států a vznik prvních městských států), kdy došlo k jistému odosobnění komunit a nebylo již pro společenství běžné, pokud se někdo dostal do stavu nouze ho bezprostředně a neformálně podpořit v rámci celé skupiny.

- Likvidace osob s postižením.

Likvidace - násilné usmrcování postižených či nedostatečně vyvinutých dětí brzy po jejich narození, bylo běžné po celé antické období. Lykurgovy zákony ve 4. st. př. n. l v Řecku například dávaly otci moc k tomu, aby mohl fyzicky usmrtit své dítě, V Římě měl otec právo např. své dítě nepřijmout za své z důvodu jeho zjevné fyzické nedokonalosti. Toto rozhodnutí mohl učinit po souhlasu pěti sousedů, kteří tvořili radu. Kartagiňané postižené děti likvidovali utopením v moři, Indové, Číňané a Skýtové v řekách. (Milichovský, 2010)

- Segregace osob se zdravotním postižením.

Segregaci osob se zdravotním postižením můžeme vnímat jako jistou formu represe, která existovala společně s likvidačními praktikami. Milichovský (2010) ve své knize píše, že kočovné národy přímo fyzicky nelikvidovali své postižené, slabé jedince, ale zanechávali je na místech, kde po nějakou dobu sídlili. Jedinec s takovýmto osudem však dlouho naživu nezůstal.

2) Stadium charitativní péče

Období charitativní péče spadá do období středověku a je spjato především s nástupem křesťanství. Represivní postoje byly postupně nahrazené postoji charitativními. Antický ideál krásného zdravého člověka, jež nedával prostor pro život člověka s postižením, byl tedy nahrazen novými postoji. Lidé byli považováni za ubožáky, kteří se sami o sebe neumí postarat. Péče o takto postižené jedince byla hodnocena jako dobrý skutek. Postupně vznikaly zejména u klášterů první špitály a útulky, starobince, chudobince či sirotčince, ve kterých byly poskytovány služby nejnужnější k přežití. Začaly vznikat speciální církevní řády, které pečovaly o nemocné a postižené. Kvůli válkám, nevyhovující zdravotnické péči i výživě byl počet

postižených ve středověku značný. Jisté výsadní postavení měly v této etapě děti s postižením z vyšších feudálních kruhů. Tyto děti byly dány k výchově daleko od své rodiny na místa odlehlá – zde jim byla poskytována zdravotní a výchovná péče. (Matoušek, 2012)

3) Stadium humanitní péče

Období renesance a humanismu představovalo změnu vztahu společnosti k lidem s postižením a k jejich výchově a vzdělávání. V této době, jak uvádí Milichovský (2010), vynikly pokrokové názory J. A. Komenského, který vyslovil požadavek na všestranné a všeobecné vzdělávání na pro všechny lidi bez rozdílu původu, pohlaví a sociálního postavení. Ke skutečnému rozvoji výchovy o jedince s postižením došlo teprve v 18. století spolu s rozvojem psychologických a medicínských postupů. Vliv Komenského se ukázal časem nejen v charitativních zařízeních, ale i u soukromých učitelů a vychovatelů postižených dětí z rodin z vyšších společenských vrstev. Později pronikly i do prvních ústavů, které byly určeny dětem nevidomých, neslyšícím či měli jiná postižení. (Milichovský, 2010)

4) Stadium rehabilitační a preventivní péče

Začátky péče o osoby s postižením spadají do 18. a zvláště do 19. století. V této době byly postupně zakládány první ústavy, které nebyly pouze útočištěm. S rozvojem ústavní péče o osoby s postižením postupně docházelo ke změně požadavku na vzdělání a to od všeobecného k odbornému, zde bylo úkolem připravit postiženého na zaměstnání a učinit z něj tak jedince přispívajícího určitým dílem do společnosti. Ústavy měly již charakter zařízení výchovných a rehabilitačních. Uvedené období je tedy charakteristické zřizováním rehabilitačních ústavů, oddělení, nemocnic a středisek. Spolu s veškerými snahami rehabilitačními je zároveň realizována snaha o péči preventivní. (Milichovský, 2010)

Zhruba od 50. let 20. století se ve vyspělých zemích mění koncepce poskytované péče jedincům s postižením a mluvíme o tzv. integračním pojetí (o splynutí jedinců s postižením s intaktní společností).

2.2 Pobytové sociální služby dle zákona 108/2006 Sb.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách cituji: „Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

„1. 1.2007 vešel v platnost zákon o sociálních službách, který vymezuje podmínky poskytování sociální pomoci a podpory osobám v nepříznivých životních situacích (lidé s nízkým vzděláním, lidé se zdravotním postižením, osaměle žijící senioři, imigranti, lidé trpící nějakým druhem závislosti). Tento zákon vymezuje sociální služby, stanovuje profesní předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách.“ (Vrtišková, 2009, s. 48)

„Systém sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost služeb, které jsou mířeny na skupiny potřebných uživatelů. Tyto služby by měly navazovat jedna na druhou a odpovídat jak potřebám jejich uživatelů, tak i společnosti. Dochází zde ke spolupráci různých resortů – zdravotnictví, sociálních věcí, školství a zároveň se prolíná státní a nestátní sektor. Cílem je vytvořit takový systém, který by působil ve všech sférách prevence a který by přispíval ke kvalitě života.“ (Vrtišková, 2009, s. 48)

Lucie Jirků (Jirků in Janečková, Čiberová, Mach, 2016) v duchu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ještě upřesňuje, jakým způsobem zajišťuje sociální služba důstojné prostředí a to následovně:

- Soukromí při hygieně.
- Soukromí při používání toalety.
- Vlastní vkusné a čisté oblečení.
- Možnost uvařit si kávu, když mám chuť a peníze.
- Mít volný přístup k jídlu, když mám hlad či chuť.
- Žít v čistém a důstojném prostředí.
- Být respektován personálem zařízení.
- Pociťovat vlídnost a zájem o mou osobu.

Současná právní úprava rozlišuje celkem 33 druhů sociálních služeb rozdělených do několika skupin v návaznosti na jejich širší záběr, tedy na:

- Služby sociální péče.
- Služby sociální prevence.
- Sociální poradenství.

Účelem poskytování služeb sociální péče je napomoci osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje jejich zdravotní, psychický či jiný stav, je důležité zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. (Janečková, Číberová, Mach, 2016, s. 14)

Podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách dále rozlišujeme formy poskytování sociálních služeb následovně:

- Terénní služby (tyto služby přicházejí za klientem do jeho přirozeného prostředí k uživateli domů či do míst, kde osoba pobývá)
- Ambulantní služby (tyto služby jsou poskytovány v místě kam uživatelé na krátkou dobu docházejí – tímto místem však není jejich domácnost)
- Pobytové služby (jsou spojeny s ubytováním viz Podkapitola 2.2.1)

2.2.1 Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením

Pobytovými službami se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozumí poskytování péče v: odlehčovacích službách, v týdenních stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, v chráněných bydleních, v domovech se zvláštním režimem. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Podle Černé (2009) člověk, který využívá pobytovou službu, potřebuje podporu druhé osoby, při zvládnání nároků na samostatné bydlení. Obsah podpory by měl vycházet z individuální situace a to v oblasti bydlení i potřebné podpory v sebeobsluze. Černá také uvádí, že pobytové služba má poskytnout podporu při běžných denních činnostech – stravování, oblékání, osobní hygiena, doprava, nákupy, obstarávání domácnosti apod. Asistence má člověku se zdravotním postižením umožňovat realizaci

jeho přání, objevování a využívání jeho potenciálních možností a pomoci mu rozpoznávat rizika i nebezpečí. Švarcová (2011) ještě přidává další formy asistence v ústavní péči jako je kulturní a rekreační péče, rehabilitace, zdravotní péče, přiměřené pracovní uplatnění.

Vzhledem k tématu bakalářské práce se budeme blíže věnovat pobytovým službám, které jsou cíleně zaměřené na poskytování podpory lidem s mentálním postižením to a konkrétně domovům pro osoby se zdravotním postižením, kterým věnujeme následující podkapitolu. V této části jenom nastíníme, jak vymezuje domovy pro osoby se zdravotním postižením zákon.

Pobytové služby, určené pro osoby s mentálním postižením:

- Odlehčovací služby se poskytují terénní formou, ambulantní nebo formou pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- *„Odhlečovací služby poskytují pomoc rodině, která se stará o člověka s postižením a umožňuje pečujícím osobám odjet např. na dovolenou a načerpat nové síly. Poskytuje se na několik dnů až týdnů buď v místě bydliště klienta či v zařízení, které odlehčovací službu poskytuje. Poskytovatel na smlouvenou dobu přebírá odpovědnost za uspokojování potřeb klienta.“* (Švarcová, 2012, s. 199)
- V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionář představuje kompromis mezi domácí a ústavní péčí.
- Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení (zákon 108/2006). Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení, osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního

asistenta. Obyvatel tedy bydlí v domácnosti, kterou vlastní poskytovatel služby a obyvateli je poskytováno jak bydlení, tak podpora. (Černá, 2009)

- Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje v domácnosti osob. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vymezuje Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen „DOZP“) následovně: *„v DOZP se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“. Poskytuje uživatelům služby následující: ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nezaopatřeným dětem se v DOZP poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné pro osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře. V DOZP může být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření v DOZP platí s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením přiměřené ustanovení zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.“* (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Služba vedená jako domov pro osoby se zdravotním postižením byla dříve nazývána jako ústav sociální péče a to do vydání zákona 108 /2006 Sb. O sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. 1. 2007. Ústavy se setkávaly s velkou kritikou ze strany veřejnosti a měly hodně odpůrců, kteří pro ně hledali různé hanlivé výrazy. Názory veřejnosti však byly velmi stresující a demotivující pro personál ústavů. Nyní směřují světové trendy k humánnějším formám péče, která je zajišťována v chráněných bytech, v zařízeních rodinného typu nebo v integrovaném bydlení za pomoci asistentů. I proto

došlo k přejmenování, s vydáním zákona o sociální službách, na domovy pro osoby se zdravotním postižením. (Švarcová, 2011)

„Velká a dobře vybavená zařízení však mohou poskytovat náročné komplexní služby, které by byly v menších zařízeních nedostupné, např. bazén, rehabilitační tělocvičny a vhodně vybavené dílny na různé terapie. Nic se však nemění na tom, že v tato zařízení mají stále důležité poslání a poskytují služby, které není připravena v plném rozsahu převzít v kratším časovém horizontu žádná jiná instituce.“ (Švarcová, 2012, s. 194)

2.3 Princip normality

Norem existuje nepřehledné množství. Mění se, zanikají a vznikají nové. Pokud je ve společnosti něco označeno za „nenormální“, znamená to, že se to v nějakém ohledu vymyká „normě“ - obecně uznávané normě důležitou pro bezproblémovou existenci. Jedná se především o normy estetické, etické, kulturní, výkonové.

Normalita je stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jehož hlediska je normalita posuzována. Nejčastějším hodnocením je srovnávání s ostatním, přičemž ale abnormalitu nelze chápat jednoznačně jako negativní. „Nenormální“, tedy odlišující se od normy, by měl být zrovna tak člověk s nízkým IQ, jako člověk s nadprůměrným IQ. Posuzování odchylek od normality závisí do velké míry na konkrétních projevech odlišnosti. Viditelné vady (např. chybějící končetina) mohou vzbuzovat dojem těžšího postižení ve srovnání např. s odchylkami v chování. To pak většinou vede k nesprávnému hodnocení takového jedince. Například dítě s poruchou učení může zažívat dlouhodobý neúspěch, protože zdánlivě není postižené - „má přeci ruce i nohy zdravé.“

Vada, porucha, defekt je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. Postižení znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům normální. (SLOWÍK, 2007)

Princip normality v sobě zahrnuje tři klíčové momenty:

- *Normální rytmus života – ten zahrnuje normální rytmus dne (ráno škola nebo práce, odpoledne aktivity, večer odpočinek), normální rytmus týdne (pracovní dny a víkendy, svátky), normální rytmus roku (dovolená, prázdniny, roční období), běžný život ve světě mužů a žen, běžná domácnost v běžném sousedství ostatních lidí.*
- *Normální prostředí – změna místa je normální, žádoucí, jde o to neprožít celý den v jednom prostředí; normálně člověk jinde bydlí, jinde se vzdělává anebo pracuje, jinde realizuje své koníčky.*
- *Společensky ceněné způsoby naplnění potřeb – je třeba naplnit potřeby lidí s mentálním postižením způsobem, který je běžný pro ostatní, nabízet společensky hodnotné aktivity (používat předměty adekvátní věku, vytvářet prostředí adekvátní věku, nabízet smysluplné aktivity).” (Veřejný ochránce práv, 2009, s. 47)*

2.4 Humanizace

„Humanizace je proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Pro potřeby zlepšení podmínek ve stávajících zařízeních se pracuje s pojmem humanizace – investice do změny v původních velkokapacitních zařízeních.“ (MPSV, online, citace 2017-05-05)

Pojetí humanizace jako cesty k lepšímu životu uživatelů služeb sociální péče, může mít velmi rozličné a různorodé představy o jejím naplňování. Humanizace života vyjadřuje fakt, že rovnost šancí pro všechny byla porušena a že má být vytvářeno trvalé úsilí o její obnovení. Úsilí by měla vynakládat celá společnost jako svou povinnost, která vyplývá z vědomí, že respektujeme rovnost všech lidských bytostí. Každé zařízení by se mělo vynasnažit zlepšovat kvalitu života každého jedince a uvědomit si, že tento proces je nikdy nekončící cestou. (Švarcová, 2011). Novosad (2009) ve své publikaci píše o první položené otázce rodičům čerstvě narozeného dítěte s postižením. Umístění do pobytové služby? Pečování o dítě doma? Odpovědí na tuto otázku pak rozhoduje rodina o celém dalším osudu nejen dítěte, ale i všech členů rodiny. V tom případě, že

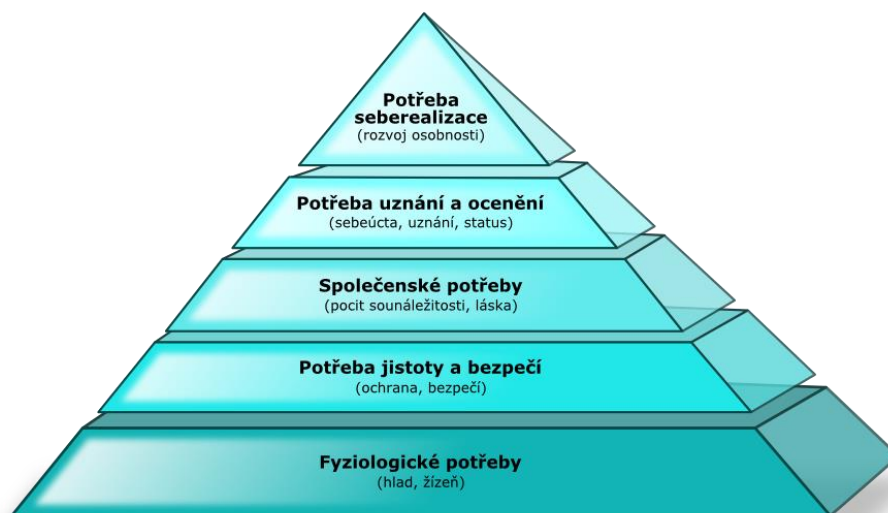
dítě umístí do domova, vyřadí ho vlastně ze společnosti, z rodiny, omezí výkon jeho lidských a občanských práv. Obětuje kvalitu života dítěte, aby ostatní členové tu svoji obětovat nemuseli. V druhém případě, že přijme rodina variantu druhou, postaví se tím na stranu dítěte, akceptuje tedy fakt, že jakkoli těžce postižené dítě je jejich dítětem, které má právo na svůj domov, na své přirozené prostředí, na rodiče a sourozence. Zatímco v první variantě pobytová služba přebírá veškerou péči a odpovědnost za dítě, ve druhém případě chybí poskytnutí systémové pomoci či podpůrné služby. Novosad (2009) Podle Švarcové (2011), tak byly rodiče dětí, kteří si svého potomka nechali doma a pečovali o něj v podmínkách běžných pro většinu společnosti, za velké podivíny, kteří obětují svou kvalitu života na úkor péče o své mentálně postižené dítě. V dnešní době dochází k humanizaci pobytových služeb, kdy se v prvé řadě pracuje na tom, aby žadatel o pobytovou službu byl pracovníkem příslušného zařízení seznámen s tím, že je nutné, aby vyčerpal všechny možné nabídky služeb (asistenční služba, home care, denní stacionáře apod.) před tím, nežli se obrátí na službu ústavního typu s celoročním pobytem. A tím se vyhnul rizikům, které pro jedince vyplývají z důvodu pobytu v ústavní péči.

2.5 Specifika potřeb lidí s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením mají stejné potřeby jako lidé bez postižení. Jsou to svébytné osoby, které mají určité charakteristické rysy. Stejně jako všichni chtějí mít bezpečný domov, rodinu a přátele. Chtějí pracovat a bavit se. Chtějí být soběstační a svobodní. Lidé s mentálním postižením byli dříve vytěsňováni na okraj společnosti. Bylo dosti běžné, že právě oni žili ve velkokapacitních ústavech a bylo normální, že trávili svůj čas v prostředí, které nepůsobí na lidskou psychiku pozitivně. Ústavní prostředí mělo zajistit střechu nad hlavou, postel, pravidelnou stravu, zdravotnickou péči a stálý dozor nad uživateli. Potřeby úcty, respektu a seberealizace byly odsunuty do pozadí na žebříčku priorit v péči. Je důležité naplňování základních potřeb u uživatele, což je v ústavní péči velmi nelehké (velký počet uživatelů, nedostatečné pokrytí personálem, nevhodné podmínky pro poskytování služby) pro lepší pochopení významu naplňování potřeb přikládáme známý model pyramidy potřeb. Maslowova pyramida (potřeb) je hierarchie lidských potřeb, kterou definoval americký psycholog Abraham

Harold Maslow v roce 1943. Podle této teorie má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“):

Obrázek 1: Pyramida potřeb



Hynek Jůn uvádí, že konkrétní potřeby člověka jsou naplňovány v níže uvedených případech:

- Fyziologické potřeby se např. naplňují nejen tím, že dostáváme pravidelně stravu, ale že si jídlo můžeme vzít, když pocítujeme chuť, žízeň či hlad, bez ohledu na časový harmonogram organizace
- Potřeba bezpečí, jistoty, soukromí je naplněna pokud uživatel ví kde, kdy a jak má s kým co dělat. Má přístup k věcem či k lidem, kteří v něm výše uvedené pocity vzbuzují, ví, že personál drží slovo a může předpovídat jeho chování, může odejít ze situace, která je mu nepříjemná – má tedy i možnost odejít např. do svého pokoje, kuchyně, obývacího pokoje. Nikdo by ho neměl do ničeho nutit.
- Potřeba někam patřit, být milován, je u uživatele naplňována tehdy není –li jen objektem péče, personál zachází v komunikaci, tam kam ho klient pustí, je empatický a vnímavý k jeho potřebám, komunikace není jen formální. Personál se snaží dopomáhat uživateli s kontaktem s ostatními lidmi
- Potřeba úcty a respektu je naplňována u uživatele, jestliže s ním jedná personál s ohledem na jeho věk (neinfantilizuje, nepřepečovává). Nezlehčuje situace, ve kterých se klient ocitá. Respektuje stížnosti i přání a jasné potřeby

- Potřeba seberealizace je naplněna pokud má uživatel možnost se rozhodnout, vzhledem ke svým schopnostem. Je sám pro sebe důležitý a jeho rozhodnutí jsou platná. (Jůn in Švarcová, 2011)

Primárními faktory změny v humanizačním procesu dle Švarcové (2011) je především zapotřebí:

- Přejmenování ústavů – např. DOZP Slunce, Domov Dana, Slunečnice apod.,
- Hledat zdroje pro naplňování potřeb v klientovi samém. Důležitost plánování, které je postavené na schopnostech uživatele.
- Kultivovat bydlení, snížit počet lůžek na jednotlivých pokojích. Umožnit uživateli služeb, pokud to podmínky dovolí žít v jednolůžkovém pokoji, nabídky jiné služby např. v rámci chráněného bydlení.
- Změna terminologie – namísto společenská místnost - obývací pokoj, namísto oddělení – domácnost.
- Změnit oblékání zaměstnanců (nošení civilního oblečení namísto uniforem).
- Omezení nepřírodných hromadných, skupinových, nepřírodných aktivit.
- Zajistit soukromí uživatelů včetně možnosti si např. uzamknout pokoj, skříň apod.
- Otevřít dům pro návštěvy, otevírání ústavů znamená překonání bariér strachu společnosti, jedná se o přirozené zapojení klientů do místní komunity běžného života, jelikož jsou také jeho součástí.
- Umožnit dětem s těžkým postižením pohyb na zemi, na kobercích a na speciálním nábytku.
- Minimalizovat zdravotnický personál – pokud k tomuto nedojde, bude se neustále s uživateli jednat jako s pacienty a možnosti jejich psychického vývoje se nezlepší.
- Provádět nácvik zvládnání sebeobslužných činností za účelem dosažení co nejvyšší možné míry samostatnosti klientů a jejich nezávislosti na péči.
- Upustit pečovatelský model asistence, nabízet podporu tam, kde uživatel nezvládá danou podporu sám. Rozlišit asistenci ve formě porady (slovní dopomoc), podpory a provedení (klient nezvládá určitou situaci – pracovník ji musí udělat za něj).

- Vtahování klientů do činností, jež třeba sami nezvládnou, ale můžou být přímo u nich a pasivně se účastnit.
- Vycházet ven. Bez ohledu na mobilitu či vysokou míru podporu uživatele,
- Uplatňování principu normality.
- Snažit se o integraci a o co nejnornálnější přístup ke klientům.
- Posilovat vazby mezi rodinami, přáteli či příbuznými venku mimo službu.
- Zajistit vzdělávání primárně mimo zdi ústavní služby.
- Pracovat na tom, aby měl klient možnost pracovního uplatnění. (Švarcová, 2011)

Po listopadu 1989 začaly vznikat první neziskové organizace a občanská sdružení, ve kterých se výrazně lišily principy poskytování péče od té předrevoluční. Sociální služba chtěla umožnit svým klientům, uživatelům či obyvatelům žít plnohodnotnější a aktivnější život. Novým trendem v práci, k osobám nejen s mentálním postižením, bylo nezdůrazňovat jejich nedostatky a omezení, ale naopak postavit do popředí jejich možnosti, schopnosti a dovednosti, tedy pozitivní stránky, které se mohou dále rozvíjet. (Vrtišková, 2009)

2.6 Ústav jako místo sociálního vyloučení

Podle občanského zákoníku je ústav typem právnické osoby, která je zřízena za účelem provozování společensky nebo hospodářsky prospěšné činnosti, a to takovým způsobem, aby výsledky předmětné činnosti byly každému rovnocenně dostupné za předem stanovených podmínek. Ústavní pobyty zvláště dlouhodobé jsou vždy hlubokým zásahem do života klienta. Ústavní pobyt často ovlivní život jedince i po skončení pobytu. Rizika ústavního pobytu jsou různá, především záleží na věku klienta, kdy se do ústavní péče dostal. (Vrtišková, 2009)

Problémové chování jedinců v ústavní péči je často jen vyústěním nenaplněné potřeby uživatele. Ignorace jedinečnosti, společenských norem, práv i vlastních potřeb často vyústí v negativní, autoagresivní či agresivní jednání uživatele. Ústav se stává nástrojem sociálního vyloučení v případě, že instituce jako taková a pracovníci v ní nepracují na sebeurčení uživatelů jako jednotlivců. (Jún, 2010)

Rizika plynoucí z ústavní péče:

- Hospitalismus stav jedince, který se dobře adaptuje z běžných životních podmínek na podmínky umělé - vytvořené ústavním řádem. V ústavní péči má totiž klient veškeré zaopatření, někdo se stará o jeho hygienu, někdo a aktivity. Od něho samotného se mnoho nevyžaduje. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel, malým pracovním týmem. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu nebo v jeho blízkém okolí. Dochází tak k redukci odpovědnosti, nároků a podnětů. Lidé ztrácejí zájem o svět a ostatní lidi, zhoršuje se schopnost komunikace, může dojít k regresi nebo kompenzaci např. jídlem, dlouhým spánkem apod. (Vrtišková, 2009)
- Ponorková nemoc byla původně popisována u posádek lodí na dalekých cestách, u polárníků, kteří dlouhé měsíce trávili na jedné stanici. Stereotypní prostředí, ve kterém museli žít, jim zvyšovalo únavu a snižovalo toleranci. To vše vedlo v neskrývané nepřátelství vedoucí až k agresi. Proces ponorkové nemoci souvisí se skupinovou dynamikou. (Vrtišková, 2009)
- Šikanování – je forma fyzického a duševního týrání druhých osob poskytující uspokojení z demonstrování moci. Šikanování je podporováno autoritářskou atmosférou instituce, ve které jsou jasně oddělené skupiny lidí. (Jandourek, 2007) „Šikanování může mít za následek poškození psychického stavu. Šikana může být i reakcí na monotónní, stereotypní prostředí instituce, z níž se nedá uniknout.“ (Matoušek 2011, s. 223)
- Ztráta soukromí je při každém pobytu v ústavní péči přítomna. V represivních ústavech hned při přijetí je klient připraven o svoje civilní šaty, je mu přidělen ústavní stejnokroj – sociologie o tomto hovoří jako o “degradačním rituálu “. Obyvatelé ústavu jsou podřízeni stálému režimu, musí se přizpůsobovat většině. Jsou pod stálým dozorem, ale také tlakem, že nebudou někomu vyhovovat. (Vrtišková, 2009)
- Homosexuální vztahy - velké , uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy těžko povedou ke korigování individuálního chování. Spíše naopak, budou zde násobit osobní problémy. Další nevýhodou je i nepřítomnost druhého pohlaví, protože i lidé v ústavech nepřestávají být pohlavní bytosti. To je také příčinou vzniku homosexuálních vztahů. Jedná se o tzv. umělou homosexualitu, která po odejití z ústavu mizí. (Vrtišková, 2009)

- Zneschopňování uživatele – upírání základních znalostí, schopností a dovedností uživateli, které za svého života nabyt, z toho důvodu, že personál např. určitou činnost raději udělá za uživatele – např. z důvodu časové tísně. (Vrtišková, 2009)
- Nemožnost navázat trvalý vztah k jedné osobě a stabilní společenské skupině. Časté změny prostředí a osob. Klient ústavu je neustále nucen se přizpůsobovat potřebám druhých klientů ne potřebám organizace jako takové. Dochází ke konfúzi rolí (neblahá alternativa nedosažené identity, kdy člověk nemá jasno kým je). Nedostatečně či vůbec není řešena sexualita klienta. Absence zkušeností z běžného života. Sexuální zneužívání – mezi uživateli navzájem, ale také ze strany personálu. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní, nekoedukované kolektivy. (Bednář, 2012)

2.6.1 Ústav jako totální instituce

Ústav tedy velkokapacitní ústavní zařízení je dle definice European Coalition for Community Living charakterizován jako: ... *“jakékoliv místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli označeni jako postižení, izolováni, segregováni a/nebo nuceni žít pohromadě. Je to rovněž jakékoliv místo, ve kterém lidé nemají moc nad svými životy, nebo je výkon této moci znemožněn, a nemohou konat vlastní každodenní rozhodnutí. Ústav není definován výlučně svou velikostí. Z toho vyplývá, že ústavní zařízení je vymezeno velikostí kapacity a procesy, které jsou definovány jako totální instituce.”* (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-04)

Cháb například zdůrazňuje, že: *„Instituce, to je problém moci. Jsme-li částí nějaké instituce, máme moc nad těmi, kteří jsou v její hierarchii pod námi.“* (Cháb, 2004, s. 27)

Totální instituce jako pojem definoval americký sociolog Ervin Goffman. Jedná se tedy organizované služby, které vytvářejí pro své klienty prostředí pro život, které se zásadně liší od běžného životního standardu běžné společnosti. Jedinci žijící v takovéto organizaci mají společné rysy, na jejichž základě jsou do zařízení umísťováni. (Bednář, 2012)

Společné rysy totálních institucí:

- Na jednom místě se spojují aktivity, které jsou pro běžnou společnost rozděleny na různých místech (škola, bydliště, pracoviště, místo pro zájmové aktivity).
- Činnosti klientů služby jsou pod dohledem pracovníků organizace.
- Omezení soukromí – neustálá přítomnost druhých lidí (klientů i pracovníků).
- Činnosti a aktivity jsou provozovány dle platného závazného rozpisu.

- Dochází k přetrhání rodinných, profesních a občanských svazků.
- Činnosti a aktivit mají přispívat k naplňování cíle organizace.

Víme, že přetrvávající stav ve velkokapacitních ústavech, kde je personální obsazenost neodpovídající počtu klientů, nemůže naplňovat individuální potřeby jedince. Personál tak asistuje jen u „důležitých“ situací a na rozhovory, pozornost, kontakt, nácviky soběstačnosti, podporu v různých životních situacích zkrátka nezbude čas. Z toho dále plyne, že uživatel nemůže trávit čas dle vlastních plánů a tak se aktivity pomocí personálu naplňují skupinově. *„Uživatelé tak mají velmi malý podíl na rozhodování o způsobu a formě poskytovaných služeb. Služba je jim spíše servírována, nežli nabízena.“* (Bednář, 2012, s. 20)

Vycházíme-li z toho, že DOZP jsou ústavní zařízení mající znaky totální instituce, zůstává otázkou, jak služba dokáže naplňovat individuální potřeby jedince a jakou kvalitu života mu tyto instituce mohou nabídnout. Hlavně proto je nezbytnou podmínkou udržovat pozitivní trendy v péči a důraz na kvalitu života.

3 KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvalita života se nalézá v mnoha vědních oborech a dotýká se různých oblastí lidského života. Kvalita života zahrnuje např. zdraví, materiální podmínky a další dimenzí můžou být vztahy k rodině, přátelům či společnosti, ve které žijeme. V této kapitole upřímím pojem kvalita života. Avšak definovat kritéria kvality života lidem s postižením není jednoduché, především z toho důvodu, že není dostupné větší množství odborné literatury. Myslím si však, že obecné vymezení kvality života, můžeme uplatnit i u lidí s mentálním postižením.

3.1 Fenomén kvality života

Kvalita se odvozuje od latinského slova „qualis“, tzn. Jaký, jaké povahy. Odtud také jakost, která ovšem není zcela totožná s kvalitou. Velice stručně řečeno: Kvalita je podílem výkonu a očekávání. Důležité ovšem je, aby očekávání bylo optimálně, reálně nastaveno. Definicí kvalit je ovšem celá řada – Kvalita může být ku příkladu souhrn vlastností, jimiž se určitý jev nebo věc jako celek odlišuje od jiného. Kvalita je shoda s požadavky. *„Kvalita může být i cílem snažení po dokonalosti.“* (Bednář, 2012, s. 25)

Kvalita života je: *„komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá kvantifikovat souborem hodnot (profilem) nebo jednou hodnotou.“* (Matoušek, 2008, s. 92)

Od roku 1980 se názvosloví, funkce a procesy, které zajišťovaly kvalitu, hodně změnily. Docházelo k neustálému zlepšování kvality jako celkové řízení kvality. Proces neustálého zvyšování kvality se stal součástí nejen života zdravotní a sociální péče. Přístupy, metody a nástroje hodnocení a řízení kvality začaly být přizpůsobovány tak, aby odpovídaly tomuto prostředí. Velkým mezníkem týkající se kvality života lidí v sociální oblasti bylo vydání standardů kvality sociálních služeb, které mají zlepšovat kvalitu života lidí odebírající určitou sociální službu. V sociálních službách neexistuje

řádné objektivní pravidlo pro určování kvality, se kterým by všichni jednotně ztotožnili. (Bednář, 2012)

Bednář (2012) také uvádí, že kritéria výkonu v sociální oblasti je nutno definovat na dvou úrovních:

- Po obsahové stránce, co je klientovi nabízeno.
- Podle způsobu provedení.

Kvalita v sociální práci je jedním z klíčových prvků systému sociálních služeb. Měřítkem kvality sociálních služeb jsou následující zásady:

- Zásada ochrany lidských práv uživatele
- Zásada individualizace služby
- Zásada odbornosti
- Zásada provozního zabezpečení

„Uvedené zásady a jim odpovídající formy poskytovaných sociálních služeb vycházejí z úmyslu zákonodárce a představují „interpretační a hodnotící“ kritérium jejich skutečné současné a budoucí podoby.“ (Valenta in Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 103)

Vzhledem k tomu, že práce se týká osob s mentálním postižením, kteří žili nebo ještě doposud žijí v ústavních zařízeních, v následujících řádcích se budeme věnovat kvalitě a kultuře organizace, která jako poskytovatel služby garantuje kvalitu svých služeb.

Základním předpokladem pro vysokou kvalitu je zajisté zdravá organizační kultura. Dokonce lze podle Bednáře (2012) říci, že tam, kde je kultura instituce vysoká, lze pak předpokládat dobré výsledky a naopak, pokud je organizační kultura nevyzrálá, narazí na zásadní kvalitativní omezení. Doktor Deming je autorem modelu Total Quality Management, popsal 14 principů, které budou-li součástí kultury organizace, může TQM fungovat.

Demingovy principy kultury organizace, nutných pro fungování systémů řízení kvality:

- 1) *„Vytvoření stabilních cílů pro zlepšení služby – nutnost nastavení cílů dlouhodobých, krátkodobých.*
- 2) *Přijmutí nových filozofií – např. obecné standardy kvality sociálních služeb jsou aplikovány do konkrétních podmínek. Rozumí-li pracovníci důvodům, cílům*

i obsahu změn – je zde základní předpoklad jejich spolupráci s nastavovaným systémem.

- 3) Přestat se závislostí na inspekci, aby bylo dosaženo kvality – motivací pro zvýšení kvality by neměla být inspekce jako taková, ale snaha o poskytnutí co nejkvalitnější služby. By měla být iniciována neustále, bez ohledu na přítomnost inspekce.*
- 4) Skončit s praxí nákupů na základě ceny – koupě nemá být založena na nízké ceně produktu – týká se stejně tak personálu.*
- 5) Stálé zlepšování.*
- 6) Zavedení vzdělávání - předpokladem rostoucí kvalitu, je zajisté proškolenost personálu.*
- 7) Vedení - účinnější než sankce je podpora – vedoucí pracovník musí pomáhat zaměstnancům dosahovat lepší úrovně kvality.*
- 8) Zbavení strachu – zaměstnanci by měli cítit pocit bezpečí, aby podávali návrhy a vyjadřovali myšlenky na zkvalitnění služby.*
- 9) Zboření bariér mezi zaměstnanci – mezioborová spolupráce.*
- 10) Eliminování pobídek, hesel – u nás v ČR toto nemá vybudovanou kulturu, týká se spíše zahraničních organizací.*
- 11) Eliminování číselných kvót a cílů.*
- 12) Posílení hrdosti na vlastní profesionalitu.*
- 13) Zavedení důkladného programu vzdělávání a sebezlepšování zaměstnanců (např. supervize).*
- 14) Aby bylo dosaženo transformace organizace, musí do ní být zapojen každý zaměstnanec.“ (Bednář, 2012, s. 42)*

3.2 Posuzování nezbytné míry podpory

Roku 2010 byl sepsán doporučený postup pro posuzování míry nezbytné podpory uživatelů. Tento dokument vyšel pro potřebu individuálního projektu odboru sociálních služeb a sociálního začleňování „Podpora transformace sociálních služeb“ financovaného z prostředků Evropského sociálního fondu. Jedná se o metodický postup,

jak vyhodnotit potřebnou míru podpory u uživatele. (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Míru podpory u uživatele pomáhá vyhodnotit nástroj výše jmenovaný a to formou dotazníku. Jako ucelený nástroj posuzování míry nezbytné podpory byl vytvořen systém čtyř po sobě jdoucích formulářů, které jsou vyplňovány uživatelem i multidisciplinárním týmem. Jeden z dotazníků slouží uživatelům, u kterých je předpoklad vysoké míry podpory a slouží ke zjištění fyzické podpory. Díky tomuto vyhodnocení by pak měla mít služba dostatek podkladů, námětů pro lepší individualizaci asistence např. i v transformačním procesu. (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Nástroj posuzování míry nezbytné podpory uživatele byl vytvořen expertním týmem na základě konkrétních zkušeností s prací s uživateli v přístupu zaměřeném na člověka. (PCA Person Centered Approach – C.Rogers - na osobu zaměřený přístup – „*Pracovat se zaměřením na osobu znamená nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti. Pracovat se zaměřením na osobu znamená brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností.*“ (Portner, 2009, s. 22)

Ve svém základu čerpá metodický dokument především z obdobných nástrojů vytvořených pro individuální plánování s uživatelem sociální služby. Nelze jej ale zaměňovat s nástrojem pro individuální plánování, respektive mapování nebo profilování uživatelů a komplexní hodnocení potřeb. To není jeho účel a proto ani podrobně nezjišťuje veškeré jednotlivé dovednosti uživatelů. Naopak snaží se posuzovat pouze míru nezbytné podpory pro potřeby identifikace osob s vysokou mírou podpory. Získaná data jsou zaměřena poznání především časové náročnosti podpory a péče u jednotlivých uživatelů a podle toho jsme dále mohli přizpůsobit podobu služby (počet pracovníků, vybavení, dobu a čas asistence, výběr lokality aj.). (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Důležité zásady při vyhodnocování podpory:

- Zaměřit se na konkrétního člověka, na jeho předpoklady a schopnosti. Při vyplňování dotazníku a podpoře uživateli při odpovídání na otázky je důležité neopírat se primárně o jeho diagnózu, ale především o jeho schopnosti
- Do popředí staví vlohy uživatele a jeho silné stránky využitelné v podmínkách společenského života. Důležité je soustředění se na rozdílné životní zkušenosti místo na nižší výkon. Při hodnocení je důležitý postoj zaměřený na schopnosti daného jedince.
- Aktivní zapojení samotného člověka a jeho blízkých, kteří ho velmi dobře znají, je důležitou složkou pro vyhodnocování i vyplňování formuláře
- Při plánování životních změn je nutné naslouchat přáním a potřebám člověka a z nich pak vycházet. Možnosti stávající podoby sociální služby mohou být nedostačující.
- U uživatelů s potížemi v komunikaci nebo u uživatelů s vysokou mírou podpory bude nezbytné dotazník vyplňovat za uživatele, nejlépe pak v týmu. I v takovém případě je nutné dodržet co nejvíce „pohled na věc očima uživatele“ – k tomu mohou být klíčovému pracovníkovi nebo týmu dobrou pomůckou opět i uváděné formulace odpovědí v 1. osobě. [online] Na rozdíl od běžného plánování obsahuje na člověka zaměřené plánování nedílné složky, které jsou v zásadě součástí i této metodiky a posuzovacího nástroje. V tomto případě jsou více zaměřeny na plánování přechodu uživatele do nově vznikajících služeb v rámci procesu transformace. (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Profil uživatele služby sestavený na základě představ o jeho životě, současném i v nově budovaných službách.

- Posuzování potřeb namísto doposud častého zdravotního, sociálního nebo psychologického diagnostikování.
- Posilování společenského začlenění. Toho dosáhneme zapojením lidí blízkých, ze sousedství, potenciálních zaměstnavatelů, tedy lidí nepracujících v rámci poskytované služby.
- Větší důraz na obhajování a vymáhání práv lidí s postižením. V tomto se zcela mění role pomáhajícího – z neomylného profesionála s právem posledního slova

v naslouchající a respektující osobu, která spolupracuje s rodinou a přáteli uživatele.

Obecně je možné říci, že nástroj posuzování míry nezbytné podpory:

- Vychází jednoznačně z podmínek konkrétního uživatele, neposuzuje skupinu, nýbrž každého individuálně.
- Umožňuje přímé zapojení uživatele do procesu svého hodnocení.
- Staví na multidisciplinárním přístupu a týmové práci – v průběhu posuzování a vyhodnocování je nezbytné porovnávat a docházet ke shodě názorů uživatele, jeho klíčového pracovníka, někdy i zástupce rodiny (nebo jiného blízkého člověka), ostatních členů pracovních týmů, které mají blízko ke konkrétnímu uživateli a samozřejmě i sociální služby jako takové (reprezentované zejména Multidisciplinárním transformačním týmem, který se podílí na strategickém plánování jednotlivých kroků transformace); vychází z předpokladu, že posouzení a vyhodnocení provádí jednotliví aktéři co nejobjektivněji. (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Dotazník je postaven na dvanácti oblastech lidského života: komunikace, péče o sebe, péče o domácnost, bezpečí, vztahy, bydlení, finance a úřady, zdraví, osobní uplatnění a spokojený život, rozhodování a práva, pečovatelé, rizika a nepohoda. V metodickém pokynu je na napsáno: *„Že slouží v první řadě pro účely podpory procesu transformace sociálních služeb. Je podkladovým materiálem pro identifikaci osob, pro které je nutné vybudovat specifické domácnosti pro osoby s vysokou mírou podpory.“* (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

Vzhledem k nedostatečnému množství zdrojů v souvislosti s pojmem vysoká míra podpory je tato metodika jediným zdrojem pro vysvětlení tohoto pojmu, kde jsme si mohli tak často používaný pojem vyložit a v bakalářské práci stručně popsat.

Jedním z dalších ukazatelů míry podpory by mohl zajisté být i příspěvek na péči, který definuje zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, uživatelé služeb např. ve 4. stupni (úplná závislost) by dle něj tak mohli být považováni za ty, jenž potřebují vysokou míru podpory. Proto se dále odkazují na vyhlášku 505/2006 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Podmínky nároku na příspěvek na péči cituji ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách §7 - §9 : „Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let). Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.“ (zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Integrovaném portálu MPSV). Formulář je stavěn na tom, co klient sám nedokáže a potřebuje tak podporu druhé osoby. Při vyplňování tohoto dokumentu se nestaví na multidisciplinaritě a přístupu zaměřeném na člověka.

Krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Uživatel služby a potřebná míra podpory:

1) Uživatel s vysokou mírou podpory

Člověk, jemuž je s ohledem na jeho zdravotní postižení nezbytné, poskytovat péči ze strany druhých osob v rozsahu 17 – 24 hodin denně, s většinou úkonů péče prováděných zcela nebo s velkou asistencí druhých osob.

Uživatel z vysokou mírou podpory může být i člověk zařazený do určitého stupně pro pobírání příspěvku na péči. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

2) Uživatel se střední mírou podpory

Člověk, jemuž je s ohledem na jeho zdravotní postižení nezbytné poskytovat péči ze strany druhých osob v rozsahu 8 – 16 hodin denně, s dopomocí nebo alespoň pravidelnou kontrolou ze strany druhé osoby.

3) Uživatel s nízkou mírou podpory

Člověk, jemuž je s ohledem na jeho zdravotní postižení nezbytné poskytovat péči ze strany druhých osob v rozsahu 1 – 7 hodin denně. (MPSV, online, citace 2017-05-05)

3.3 Standardy kvality sociálních služeb

Ve snaze zlepšovat úroveň sociálních služeb MPSV vytvořilo r. 2002 a v roce 2008 znovu uveřejnilo metodický materiál Standardy kvality sociálních služeb. Tento materiál měl přispět k vytvoření systému kvalitních sociálních služeb. Standardy vycházejí z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod, tak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky. Hlavním principem standardů je snaha zajistit, aby sociální služby směřovaly k podpoře člověka, který se nachází v nepříznivých životních podmínkách, k tomu aby mu zajistily rozvoj v jeho přirozených prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb. (Švarcová, 2011)

Platný rozsah a obsah standardů kvality v sociálních službách uvádí vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. V příloze 2.

Jsou stanoveny tyto standardy:

- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb.
- Ochrana práv osob.
- Jednání se zájemcem o sociální službu.
- Smlouva o poskytování sociální služby.
- Individuální plánování v průběhu sociální služby.

- Dokumentace o poskytování sociální služby.
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby.
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.
- Personální a organizační zajištění sociální služby.
- Profesionální rozvoj zaměstnanců.
- Místní a časová dostupnost poskytované služby.
- Informovanost o poskytované sociální službě.
- Prostředí a podmínky.
- Nouzové a havarijní situace.
- Zvyšování kvality sociální služby.

3.4 Kvalita života podle WHO

V této podkapitole vezmeme kvalitu života dle WHO a rozebereme v obecné rovině potřebné oblasti (např. fyzické a psychické zdraví; sociální vztahy a prostředí). Kvalitou života se tedy zabývá i Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO). Kvalitu života WHO chápe jako individuální vnímání (chápání) vlastního životního postavení v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žijeme. Tzn. že to co utváří celistvost kvality života je např. závislé na míře naší schopnosti přizpůsobovat se normám a zájmům, jež jsou podmíněny fyzickým zdravím, psychikou, mírou nezávislosti, společenskými vztahy, environmentálními podmínkami... Jedná se o velice široké spektrum, které je ovlivněno fyzickým a psychickým stavem v závislosti na společenském prostředí, ve kterém žijeme.

WHO pracuje se dvěma východisky:

- Lékařský model – sleduje problém dané osoby jako jev, který je způsoben přímo nemocí, chorobou, traumatem apod. Jediněc tak potřebuje odbornou lékařskou péči. Lékařská péče je tak chápána jako hlavní východisku problému
- Sociální model disability vidí východisko především jako sociálně vytvořený problém, který je zásadní při integraci člověka do společnosti. V tomto případě jsou disability chápány jako soubor podmínek, které jsou vytvářeny sociálním prostředím. Zvládnutí tohoto stavu, potřebuje sociální aktivitu

Disabilita = redukce až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí.

MKF je tedy založena na těchto dvou paradigmatech. „*Aby bylo dosaženo propojení různých aspektů funkční schopnosti, je využíván – biopsychosociální přístup. MKF se pokouší dosáhnout syntézy a používá k tomu propojený pohled na různé perspektivy zdraví z pohledu biologického, individuálního a z pohledu sociálních perspektiv.*“ (MKF, 2001, s. 32)

WHO rozeznává čtyři základní, segmenty lidského života, díky nimž můžeme posuzovat míru kvality života:

- Tělesné funkce a struktury (energie, únava, péče o sebe, domácí život, bolest, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat, příprava jídel, pomoc druhým apod.),
- psychické zdraví a spiritualita (sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, paměť, koncentrace, vyznání atp.),
- sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.), sociální prostředí (finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost služeb, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností)
- faktory prostředí (živ. prostředí, fyzická geografie, hluk, provoz, klima)

Občanům s disabilitou má být zaručena co nejvyšší dosažitelná míra možné autonomie, rozhodování se o sobě samém s cílem zapojit se do majoritní společnosti, které mohou svým dílem přispívat. Jde o zvýšení jejich kvality života v nejširším slova smyslu.

Při hodnocení kvality života osob s postižením je dobré sledovat kvalitu optikou jich samotných. Pak se můžeme správně zamyslet nad tím, jak odstranit nedostatky, které brání k naplňování kvality osob s mentálním postižením. Pak dokážeme přijmout účinné kroky vedoucí k nápravě, tedy k postupnému odstraňování bariér. (MKF, 2001)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 PLÁN VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce si klade za úkol zhodnotit vliv humanizace sociálních služeb na kvalitu života osob s mentálním postižením, a to u uživatelů s vysokou mírou potřebné podpory ve vybraných oblastech života. Prostředkem ke zhodnocení vlivu humanizace na kvalitu života je zjištění názorů pracovníků sociálních služeb, kteří mají možnost srovnání života před a během humanizace sociálních služeb. Zajímá nás vliv procesu humanizace na vnímání kvality života klientů s vysokou mírou podpory. Chceme zjistit, zda kroky prováděné v rámci procesu změny, skutečně vedou ke zvýšení kvality života klientů v daném režimu. **Cílem výzkumu je zjistit, jaký je vliv procesu humanizace na osoby s nejvyšší mírou podpory ve vybraných organizacích.**

4.1 Formulace výzkumného problému

V praxi vidíme, že proces humanizace může přispět ke zkvalitňování života osob s mentálním postižením. Můžeme sledovat změny v oblasti přístupu a pohled na klienta sociálních služeb, v pojetí aktivizačních činností a v neposlední řadě v kvalitě bydlení a stravování. Výzkumem chceme získat objektivní informace o tom, zda humanizace opravdu vede ke zkvalitnění života osob s nejvyšší mírou podpory.

4.2 Metodologie výzkumu

Pro realizaci výzkumu jsme využili kvantitativní výzkumnou strategii. Kvantitativní výzkum je metoda pro sběr dat, vědeckého i nevědeckého zkoumání, která má za cíl popsat zkoumanou oblast. Kvantitativní metodou můžeme rozumět takový sběr dat, který je zaměřen na velké množství respondentů. Tito respondenti nejčastěji odpovídají na otázky formou dotazníků, které jsou následně zpracovány a statisticky vyhodnoceny.

Kvantitativní výzkum se snaží reprezentovat: „*Názory populace (tj. základního souboru) na zmenšeném vzorku (= výběrovém souboru). Kvantifikace je vhodná jen u některých témat, jevů, které mají měřitelný charakter. Kvantitativní výzkum je ve své podstatě testování hypotéz. Hypotézu lze definovat jako tvrzení o vztahu mezi dvěma proměnnými. Proměnná by se dala charakterizovat jako veličina, kterou lze popisovat studovaný jev. „Nezávisle proměnná je veličina, jejíž vliv sleduje a závisle proměnná je veličina, kterou sledujeme v závislosti na změnách nezávisle.“ (Matoušek, 2008, s. 157)*

Jandourek toto doplňuje vysvětlením pojmu: „*Hypotéza je empiricky ověřitelná výpověď, která nějaké třídě prvků připisuje určité vlastnosti, hovoří o souvislostech dějů nebo o jejich důsledcích, čímž konstatuje existenci nějaké pravidelné zákonitosti.* (Jandourek 2007, s. 100)

4.3 Nástroj sběru dat

Nástrojem, kterým jsme se rozhodli data sbírat, je dotazník. Vzhledem k tomu, že téma kvalita života je velmi široké, rozhodli jsme se změnu v kvalitě života zkoumat na třech oblastech. Jedná se o zásadní oblasti v životě člověka a nezáleží na tom, zda se jedná o člověka s postižením, či bez postižení. Těmito oblastmi jsou **kvalita nebo dalo by se říci kultura bydlení, kvalita – kultura stravování a oblast sociálních vazeb a volného času**. Formu dotazníku jsme zvolili proto, že spatřujeme výhody ve velkém množství responsí – odpovědí, na které jsme se potřebovali zaměřit. Dalším důvodem bylo také to, že je tato metoda rychle proveditelná, zejména z důvodu elektronické komunikace. Jako nevýhodu však spatřujeme to, že informace jsou spíše obecného rázu a jsou dosti subjektivně ovlivněné. A jak uvádí Disman (2002, s. 135): „*Výzkumník může opomenout důležité vlastnosti zkoumaného vzorku, protože se soustředí na konkrétní problém a nemusí počítat s širší oblastí problému.*“

Dotazník se skládá ze čtyř částí. První část se týká přímo zaměstnanců sociální služby, kdy se tážeme na pohlaví a věk dotazovaných. Byl zde předpoklad, že většina respondentů budou ženy, což bylo následně i dokázáno. Člověk s mentálním postižením převážně tráví čas mezi ženami a je toto v souladu s principy normality? Zároveň jsou zde další otázky, které zjišťují, zdali pracovník je zaměstnancem v přímé obslužné péči, zdali plní roli klíčového pracovníka a také, jak dlouho je v organizaci zaměstnán.

Předpokladem pro úspěšné vyplňování dotazníku bylo, aby většina zaměstnanců byla pracovníky přímé péče (z důvodu znalosti uživatele v různých oblastech jeho života) a plnila roli klíčového pracovníka (z důvodu znalosti konkrétního uživatele služby i jeho cíle). Otázka na dobu pracovního poměru v organizaci, je zde zařazena převážně z toho důvodu, že pokud by většina respondentů, pracovala v zařízení např. pouze 1 rok, byl výzkum o procesu změn velmi neobjektivní, protože pro posouzení kvality života před a po humanizaci by neměli dostatečný náhled.

Z důvodu zjišťování zvyšování kvality života u uživatelů s nejvyšší mírou podpory, bylo nutné zamyslet se nad tím, co pro osoby s těžkými mentálními popř. kombinovanými postiženími je to důležité, co jim může přinést vyšší kvalitu života. Uživatelé s nejvyšší mírou podpory v podmínkách, jak je z praxe známe, trávili převážnou většinu času na lůžku, dostávalo se jim veškeré péče, bez ohledu na jejich potřeby a přání. Jejich způsob trávení volného času je často pasivní a tak se k těmto lidem dosti pasivně chovala i služba, kterou odebírali. Proto se dotazník zaměřuje na následující tři oblasti, kde se předpokládá, že rozdíly v péči před a po humanizaci, budou transparentně vidět. Jedná se o tyto: oblast kvality bydlení, oblast kvality stravování a oblast sociálních vazeb a trávení volného času.

Dotazník je formulován uzavřenými otázkami. Respondent má možnost označit jednotlivé odpovědi, v případě potřeby může dopsat vysvětlení do poznámky.

Pilotní ověření dotazníku bylo provedeno u několika respondentů v jednom ze zařízení – DOZP. Ověřovali jsme srozumitelnost a přehlednost otázek. Po několika drobných úpravách a připomínkách byl dotazník finálně upraven. Výstupy pilotního ověření nebyly zahrnuty do výsledných zpracovaných dat.

4.4 Hypotézy a dílčí cíle výzkumu

Pro konstruování dotazníku jsme pracovali s předem definovanými hypotézami:

- **H₁**: Kroky v procesu humanizace vedou ke zvýšení kvality života u osob s nejvyšší mírou podpory, a to zejména zvýšením kvality bydlení.

Na základě otázek v kategorii kvalita bydlení z dotazníku a znalosti historie daných zařízení (stěhování do komunitních služeb, přestavby domácností v rámci DOZP)

předpokládáme, že odpovědi budou poukazovat na to, že došlo ke snížení počtu uživatelů žijících na jednom místě ve velkých počtech dohromady. Očekáváme tedy odpovědi hovořící ve prospěch humanizace (snížení počtu osob v jednotlivých domácnostech, snížení počtu osob žijících společně v jednom pokoji, možnost zařídit si své bydlení podle svého rozhodnutí), **očekáváme, že hypotéza bude potvrzena.**

- **H₂:** Proces humanizace vede ke zlepšení oblasti kvality stravování u osob s nejvyšší mírou podpory.

U této hypotézy očekáváme její potvrzení a to na základě praktických zkušeností se změnami v péči. Lze očekávat, že ostatní organizace šly stejným směrem v poskytování služeb a že změny se dotkly i kvality stravování. Otázky zdali si může uživatel vybrat jídlo a čas kdy ho zkonsumuje principiálně navazují na předávání kompetencí uživatelům, které jsou primární v celém procesu, proto předpokládáme, že hypotéza bude naplněna.

- **H₃:** Proces humanizace vede ke zlepšení v oblasti sociálních vazeb a trávení volného času.

Tato hypotéza je formulována z úsudku, který plyne z teorie, kde je zmiňována nutnost podpořit uživatele v kontaktu s prostředím mimo instituci. Snažit se ho podpořit při navazování vztahů, které jsou pro zdravý vývoj člověka, tak důležité. Vzhledem k tomu, že celá transformace má vést ke zkvalitnění života klientů je tato oblast v přímé vazbě na procesy humanizace a proto, **předpokládáme potvrzení této hypotézy.**

Následně jsme na základě těchto hypotéz formulovali dílčí cíle výzkumu:

- **Dílčí cíl C₁:** Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení kvality života v oblasti bydlení u osob s nejvyšší mírou podpory.
- **Dílčí cíl C₂:** Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení kvality života v oblasti stravování.
- **Dílčí cíl C₃:** Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení sociálních vazeb a trávení volného času.

Na základě těchto dílčích cílů jsme formulovali otázky, které jsme zapracovali do dotazníku. Odpovědi na tyto otázky, mají plnit dílčí cíle a následně buď potvrdit případně vyvrátit konkrétní hypotézu.

Dotazník uvádíme v příloze č. 1.

4.5 Zdůvodnění výběru zařízení

Výzkum byl úmyslně prováděn v organizacích, které jsou v procesu změny ve smyslu transformace či humanizace služby. Autorka bakalářské práce vybrala svou „domovskou službu“ z praktických důvodů, protože je její součástí jako zaměstnanec, toto zařízení je na začátku humanizace a nyní se snaží o první krůčky cestou deinstitucionalizace. Další zařízení autorka navštívila v rámci stáže, kdy byla přítomna na začátku stěhování uživatelů z DOZP do vlastních domácností a velmi ji tato, byť pasivní, účast nadchla. Třetí a čtvrté zařízení poznala díky měsíčnímu rekondičnímu pobytu v jejich rekreačním zařízení a mohla tak poznat kulturu tohoto zařízení.

4.6 Popis zařízení

Pro zachování anonymity, s ohledem na práci s osobními a citlivými údaji, jsme se rozhodli organizace anonymizovat, uvedeme na tomto místě pouze krátkou charakteristiku jednotlivých sociálních služeb. V přehledné tabulce uvádíme informace o formě služby, informaci o tom, kde se nachází, informaci o počtu uživatelů služby a počtu zaměstnanců. Informace jsou platné k prosinci 2016 a získali jsme je buď z výročních zpráv konkrétních organizací, či v rámci telefonického rozhovoru s vedením služby.

Tabulka 2: Popis zařízení

Pořadí – služba č.	Zařízení	Kraj	Počet zaměstnanců	Počet uživatelů
1.	CSS 1.	Středočeský	210	250
2.	CSS 2.	Liberecký	51	30
3.	CSS 3.	Plzeňský	163	128
4.	DOZP	Praha	110	141

1. služba – Centrum sociálních služeb – Středočeský kraj

Centrum sociálních služeb (dále již CSS) leží v okrese Benešov. Centrum je začleněno v projektu „transformace sociálních služeb“ od roku 2010, v rámci něhož, jde

především o humanizaci a zkvalitnění poskytovaných služeb, začlenění uživatelů do přirozeného prostředí a podporu rovných možností a příležitostí v oblasti jejich běžného života, s důrazem na posílení vlastní identity a rozhodování o sobě. V CSS proběhla transformace sociálních služeb v rámci areálu a rozložila se do více poskytovaných služeb. Toto CSS je typické pro humanizaci služby, která nešla tzv. cestou „tvrdé“ transformace (stěhování uživatelů do běžné zástavby). Uživatelé se nestěhovali do jiných lokalit, ale zůstali v prostředí, služby jsou dostupné v nedaleké obci. CSS nabízí alternativní domov, denní či poradenské služby, dále odlehčení osobám, které trvale pečují o své blízké s mentálním postižením, tím, že se o jejich zdravotně postiženého člena rodiny dočasně pracovníci postarají. Služba chce být spíše pomocnou rukou, nežli dokonalou odbornou autoritou, zároveň však chce pracovat s maximální vědomou kompetencí. Práce centra sociálních služeb směřuje k cíli, aby každý klient získával stále vyšší samostatnost v rámci svých možností a tím jeho závislost na okolí byla co možná nejnižší. Budovy CSS se nacházejí v areálu bývalého zámečku s dalšími budovami v areálu zámeckého parku. Velkou výhodou je snadná dostupnost obce, kde mohou klienti sami či se svými asistenty využívat další služby.

2. služba – Centrum sociálních služeb (dále jen CSS) v Libereckém kraji

Organizace byla zapojena do dvou transformačních projektů MPSV ČR a to Podpora transformace sociálních služeb (2009-2013) a Transformace sociálních služeb (2013-2015).

Stará budova byla postavena již v roce 1824 původně jako továrna a více než 100 let sloužila různým výrobním činnostem. Poté zde byl zřízen chudobinec a od roku 1952 pak domov důchodců s ošetrovatelskou péčí pro mentálně postižené ženy. V roce 2007 bylo zařízení přejmenováno na Domov pro osoby se zdravotním postižením, příspěvková organizace. V rámci uvedených projektů byli jak uživatelé, tak pracovníci připravováni na novou službu. Příprava byla především zaměřena na zvyšování kompetencí a využívání zdrojů z nových území. Dále byl vytvořen transformační plán, vytipovány a zakoupeny vhodné pozemky, vyhotoven investiční záměr a projektová dokumentace, sestaven projektový transformační tým a v roce 2015 byly realizovány celkem čtyři nové stavby. V dubnu roku 2016 došlo k přestěhování všech uživatelů a zaměstnanců do nových objektů a došlo k úplnému opuštění původního objektu DOZP.

3. služba – Centrum sociálních služeb (dále jen CSS) v Plzeňském kraji

Dřívější areál zařízení se sestával z pěti moderně vybavených budov, ve kterých se nacházelo sedm pobytových oddělení. V budovách se kromě ubytovacích kapacit nacházeli výtvarné ateliéry a dílny pro pracovní rehabilitaci, tělocvična a místnosti pro fyzioterapii. K využití byla k dispozici též volně přístupná čajovna s počítači a připojením k Internetu. Veškerá zástavba stála v rozlehlé zahradě, která byla určena ke sportu, relaxaci, ale i k práci. V její zadní části ležela farma s hospodářským zvířectvem. Nyní je registrováno jako centrum sociálních služeb. Centrum sociálních služeb prošlo kompletní transformací rovněž v rámci transformačních projektů MPSV ČR a to Podpora transformace sociálních služeb (2009-2013) a Transformace sociálních služeb (2013-2015). Aktuálně jsou zde poskytovány tyto sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociálně - aktivizační činnosti pro osoby se zdravotním postižením a seniory, odborné sociální poradenství.

4. služba – Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) v Praze

Od roku 2007 se v organizaci vystřídal několikrát vedení i způsoby péče. Od roku 2014 má DOZP stabilní vedení, které jde cestou humanizace ústavní služby. Kromě architektonické přestavby zde dochází ke změně přístupu v poskytované péči i rozvoji dalších služeb (přestavby domácností, založení snoezellenové místnosti, spolupráce se speciálními pedagogy, vybavení kompenzačními pomůckami, podporovaného zaměstnávání, vzdělávání zaměstnanců, komunikace s opatrovníky, spolupráce s komunitními službami mimo organizaci).

Zařízení také během své existence prošlo několika změnami názvu. Od 1. 1. 2008 je oficiálně používáno označení Domov pro osoby se zdravotním postižením.

4.7 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem, tedy respondenty v provedeném výzkumu, byli pracovníci v sociálních službách. Konkrétně tzv. „klíčoví pracovníci“ uživatelů tedy osob s nejvyšší mírou podpory. Celkově byl příslib v organizacích distribuovat dotazník mezi 90 pracovníků. Počet vrácených dotazníků byl 75.

Tabulka 3: Počet oslovených respondentů

Odpovědělo	31
Neodpovědělo	13
Celkem	90

Graf 1: Počet oslovených respondentů



5 VLASTNÍ VÝZKUM – REALIZACE

5.1 Vstup do výzkumného prostředí a sběr dat

Autorka práce se telefonicky spojila s řediteli/ředitelkami, případně vedoucími těchto služeb a na základě jejich telefonické domluvy jim zaslala vzor svého dotazníku e-mailovou formou. (V každé organizaci zaštil distribuci dotazníku někdo jiný: v jedné sociální službě to byl ředitel, v druhé metodik kvality, v další vedoucí přímé péče). V emailu byly podrobně vylíčené instrukce k jeho vyplnění. Dotazníky si v organizacích sami vytiskli a distribuovali mezi pracovníky v přímé péči. Dotazníky byly zaslány nazpět poštou. Při rozesílání emailu bylo upozorněno na etické principy dotazníku, resp. i kvantitativního výzkumu: V první řadě jsme upozornili na fakt, že vyplnění formuláře je dobrovolné, ochrana subjektů před poškozením je ošetřena tím, že dotazníky jsou anonymní a použity budou použity jen pro účely bakalářské práce, každý respondent má právo vyjádřit svůj názor.

5.2 Interpretace získaných dat

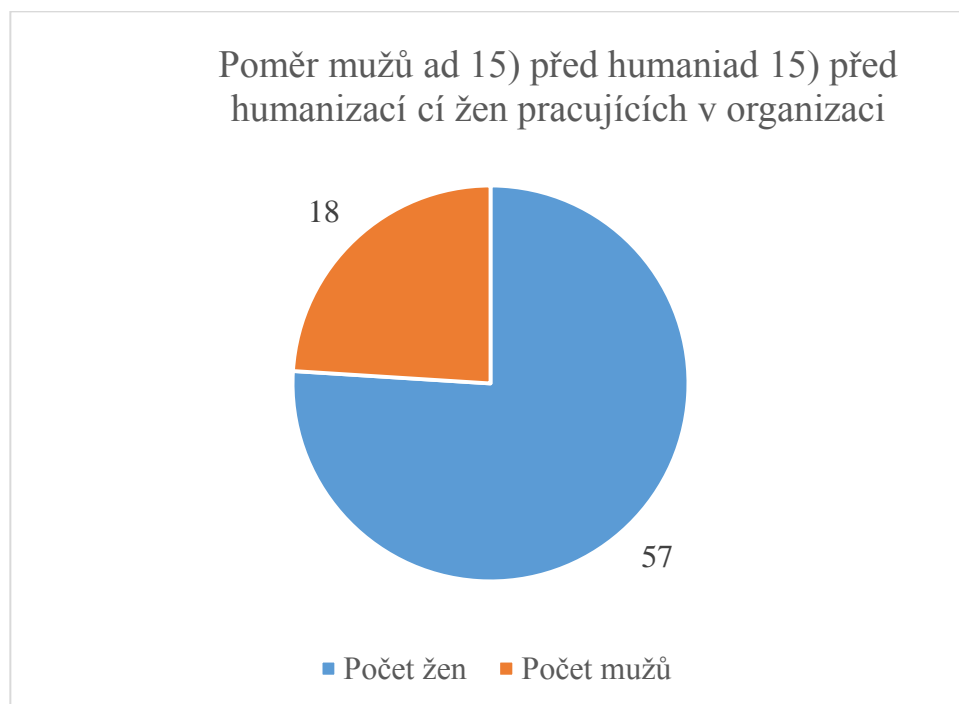
Po zpracování dat z jednotlivých dotazníků, jsme dospěli k těmto výsledkům. Co se týká pohlaví, tak náš výzkum kopíruje praxi a to, že v pozicích pracovníků v přímé péči v sociálních službách pracují zejména ženy. Dotazník vyplnilo 57 žen a 18 mužů. Co se týká věkové skladby, tak nejvíce mých respondentů bylo ve věku 40 až 49 let. Nejméně jich bylo ve věku 50 a více let. Níže uvádíme informace k jednotlivým cílům.

Pohlaví

Tabulka 4: Pohlaví

Počet žen	57
Počet mužů	18
Celkem	75

Graf 2: Pohlaví

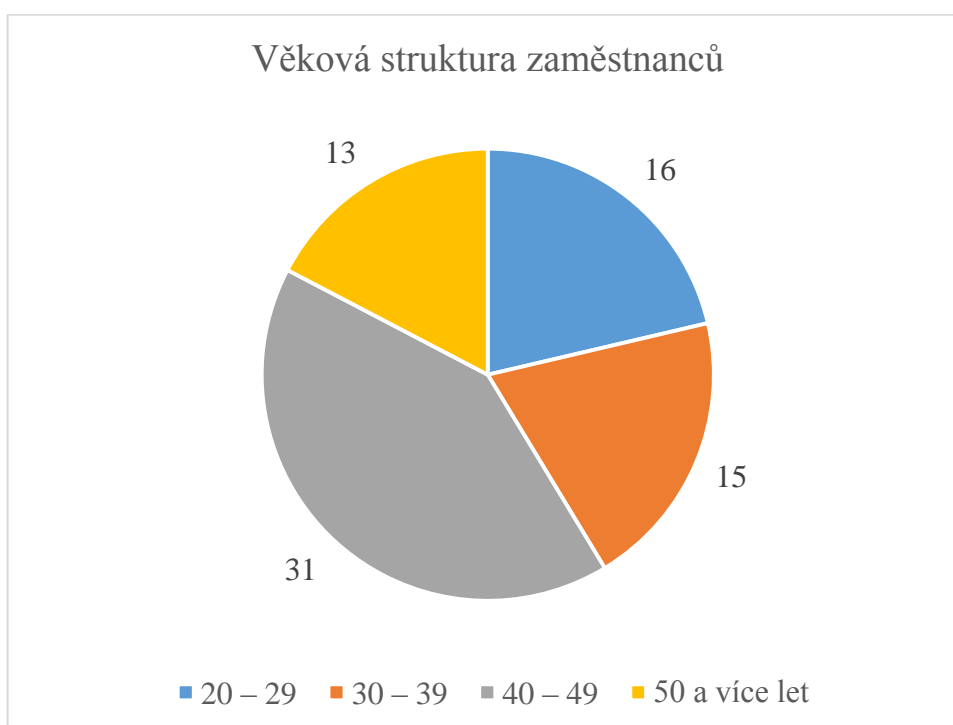


Věk

Tabulka 5: Věk

20 – 29	16
30 – 39	15
40 – 49	31
50 a více let	13
Celkem	75

Graf 3: Věk



Délka praxe

Tabulka 6: Délka praxe

Do 5 let	0
Nad 5 let	75
Celkem	75

Pracovní pozice pracovníka v sociálních službách

Tabulka 7: Pracovní pozice pracovníka v sociálních službách

ANO	75
NE	0
Celkem	75

Role klíčového pracovníka

Tabulka 8: Role klíčového pracovníka

ANO	75
NE	0
Celkem	75

Organizace prošla humanizací

Tabulka 9: Organizace prošla humanizací

ANO	75
NE	0
Celkem	75

- **Dílčí cíl C₁:**

Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení kvality života v oblasti bydlení u osob s nejvyšší mírou podpory. Z výsledků vyplynulo, že po procesu humanizaci žije 57 % uživatelů (osob s nejvyšší mírou podpory) ve společné

domácnosti s méně, než 5 dalšími spolubydlíci. Zatímco u 97 % procent uživatelů tomu tak před procesem humanizace nebylo.

52 % uživatelů bydlí v jednolůžkovém pokoji a zbytek uživatelů žije maximálně s jedním spolubydlícím. Před procesem humanizace se všichni respondenti shodli na tom, že tomu tak nebylo. Tedy že uživatelé sdíleli společný pokoj s více, než dvěma spolubydlíci. V oblasti vlastního vybavení pokoje se respondenti shodli na tom, že si 92% uživatelů může zařídit pokoj podle vlastních představ. Zatímco před procesem humanizace, dle respondentů, tomu u 64% uživatelů nebylo.

Domníváme se, že již tyto ukazatele zejména velikost domácnosti – počet uživatelů na domácnosti, snížení počtu uživatelů na pokoji (maximálně 2) a možnost ovlivnit vybavení pokoje dle svých představ, svědčí o zlepšení kvality bydlení, ale i zachování soukromí uživatelů s nejvyšší mírou podpory.

- **Dílčí cíl C₂:**

Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení kvality života v oblasti stravování.

Z výsledků vyplynulo, že po procesu humanizace si dle respondentů může 88% uživatelů (osob s nejvyšší mírou podpory) vybrat z více druhů nabízených pokrmů. Zatímco před procesem humanizace tomu tak bylo dle dotazovaných, pouze u 43 % uživatel. V oblasti samostatné přípravy pokrmů (popřípadě s asistencí) se respondenti shodují, že 67 % uživatelů mají tuto možnost. Zatímco před procesem humanizace toto bylo možné u 11 %. Co se týká možnosti volby času podávání a konzumace pokrmů si dle respondentů, se může téměř každý uživatel 89 % - samostatně rozhodovat. Zatímco před procesem humanizace to bylo možné u pouhých 9% procent uživatelů.

V této oblasti zaznamenáváme největší posun zlepšení kvality života u uživatelů s nejvyšší mírou podpory. Možnost volby, ale i samostatná příprava pokrmů, vede ke zvyšování samostatnosti a kompetence. Potvrzuje se tím, i důležitost principu normality v poskytování sociálních služeb.

- **Dílčí cíl C₃:**

Zjistit, do jaké míry má vliv procesu humanizace v organizacích na zlepšení sociálních vazeb a trávení volného času.

Z výsledků vyplynulo, že po procesu humanizace má dle respondentů více než polovina 79 % procent uživatelů navazuje přátelské či partnerské vztahy mimo vztahy

se svými spolubydlícími. Před procesem humanizace mělo dle respondentů podobné vztahy 53 % procent uživatelů. V oblasti trávení volného času, dle respondentů, pobývá 92 % denně mimo domácnost. Zatímco před procesem humanizace trávilo čas, dle dotazovaných 75 % uživatelů, mimo svoji domácnost pouze někdy. V oblasti čerpání služeb mimo organizaci, dle respondentů, 44 % uživatelů je využívá denně. Zatímco před procesem humanizace je 91 % využívalo služeb mimo organizaci, pouze někdy. V této oblasti opět zaznamenávám výrazný posun, svědčící o růstu trendu sociálního začleňování osob s nejvyšší mírou podpory do běžné společnosti.

5.3 Ověřování pracovních hypotéz

- **H₁:** Kroky v procesu humanizace vedou ke zvýšení kvality života u osob s nejvyšší mírou podpory, a to zejména zvýšením kvality bydlení.

Tato hypotéza byla výsledky výzkumu potvrzena, proces humanizace vede k zvýšení kvality bydlení u osob s nejvyšší mírou podpory, a to zejména v oblasti zachování soukromí.

- **H₂:** Proces humanizace vede ke zlepšení oblasti kvality stravování u osob s nejvyšší mírou podpory.

Tato hypotéza byla výsledky výzkumu potvrzena, proces humanizace vede k zvýšení kvality stravování u osob s nejvyšší mírou podpory, a to zejména v oblasti možnosti volby a nácviků samostatnosti v přípravě pokrmů.

- **H₃:** Proces humanizace vede ke zlepšení v oblasti sociálních vazeb a trávení volného času.

Tato hypotéza byla výsledky výzkumu potvrzena, proces humanizace vede ke zlepšení v oblasti sociálních vazeb a trávení volného času. Uživatelé s nejvyšší mírou podpory využívají výrazně více služeb mimo organizace, kde žijí.

5.4 Shrnutí praktické části

V této části práce shrneme konkrétní výsledky dotazníku.

Oblast kultury - kvality bydlení je ve svých výsledcích velmi transparentní. Výsledky jasně ukazují na to, že došlo ke snížení počtu uživatelů žijících na jednom místě ve velkých počtech dohromady. Na otázku s kolika lidmi sdílí uživatel společnou domácnost, odpověděla většina respondentů tak, že v domácnosti žijí uživatelé max. po pěti. Třetina dotazovaných uvádí, že jejich klíčovaný uživatel žije ve společné domácnosti max. s 10 lidmi. Pouze sedm uživatelů obývá domácnost s více nežli s deseti spolubydlíci. Výsledky jsou jasným důkazem toho, že služba pracuje na uplatňování principu normality a snaží se tedy, co nejvíce přiblížit standardu běžné společnosti, protože kromě dvou uživatelů, všichni ostatní takto před procesem humanizace nežili. Ve prospěch procesu deinstitutionalizace také jasně hovoří výsledky druhé otázky, kde se dotazují na to s kolika lidmi uživatel sdílí pokoj. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že buď žijí v pokoji sami a nebo mají jednoho spolubydlíče. Žádný z nich nebydlí ve více, nežli dvoulůžkovém pokoji. Před začátkem změny v poskytování péče nikdo z dotazovaných nevedl, že by žil v obdobných podmínkách jako nyní a dokonce si mohl vybrat, jak bude jeho pokoj či byt vypadat a jakým způsobem ho zařídí. Výsledky svědčí o zlepšení kvality bydlení, ale i zachování soukromí uživatelů s nejvyšší mírou podpory.

V oblasti kultury - kvality stravování jsou rozdíly také markantní. Uživatelé služeb již nejsou závislí jen na tom, kdy a co jim předloží místní jídelna konkrétní sociální služby. Můžou si sami vybrat, kdy chtějí jíst, můžou se větší či menší mírou podílet na realizaci vaření. Oblast stravování je jedním z nejdůležitějších prvků péče o lidi z vysokou mírou podpory, vzhledem k efektivní stimulaci chutí, čichu i nácvikům soběstačnosti a práci na podporovaném rozhodování apod. Mimo stravování se v tomto tématu prolíná i možnost volby – smět si vybrat, co mi chutná. Co mne při tomto vyhodnocování potěšilo, byl fakt, že si uživatel může zvolit čas, kdy bude jíst. Ústavní služby jsou typické svými harmonogramy, denními řády a hygienickými předpisy a tak bylo dosti běžné, že uživatel měl prostor pro to naplnit svou potřebu týkající se jídla jen ve vyhraněných časech. Kroky humanizace tak evidentně vedou k individualizaci jedince a jeho podpoře při rozhodování o sobě samém. Možnost volby, ale i samostatná

příprava pokrmů, vede ke zvyšování samostatnosti a kompetence. Potvrzuje se tím i důležitost principu normality při poskytování sociálních služeb.

Oblast sociálních vazeb a trávení volného času je důležitým ukazatelem zapojení uživatelů do života komunity. Naštěstí se postupně daří přehodnocovat zažitě postupy a snažíme se, v rámci humanizace, o podporu sociálního začlenění. Z podstaty věci se snažíme, co nejméně zasahovat do soukromí uživatele a umožňujeme jim, aby se o svém životě rozhodovali, co nejvíce sami. A právě v tomto uživatelům pomůže, získají-li kontakty v běžné občanské komunitě – stávají se pak méně závislými odběrateli sociálních služeb. Výsledky výzkumu jednoznačně prokazují, že vliv humanizace, na zapojování se uživatelů do dění v běžné společnosti, je nezanedbatelný. Tři čtvrtiny uživatelů, dle dotazovaných pracovníků, má vazby na společnost mimo svou domácnost. Jak pracovníci uvádějí, před začátkem deinstitucionalizace takováto provázanost běžná nebyla. Nadpoloviční většina také udává, že tráví denně čas mimo svou domácnost.

Výsledky dotazníků, jasně prokazují, že humanizační procesy dokázali uživatelům nabídnout kvalitnější zázemí v rámci ubytování i stravování a hlavně, že služby se dají poskytovat i mimo konkrétní domácnosti např. s pomocí druhých služeb. Je velmi podpůrné vidět na grafu fakt, že většina uživatelů s vysokou mírou podpory tráví každý den mimo svou domácnost. Myslíme si, že to je hlavním cílem procesu změny – dostat uživatele do interakce se svým okolím a to nejen v rámci poskytované služby. V oblasti sociálních vazeb opět zaznamenáváme výrazný posun, svědčící o růstu trendu sociálního začleňování osob s nejvyšší mírou podpory do běžné společnosti.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce pojednává o humanizaci sociálních služeb a jejím vlivem na kvalitu života lidí s mentálním postižením s nejvyšší mírou potřebné podpory. Proces humanizace vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Humanizaci můžeme chápat i jako proces, který má pomoci s odstraňováním nedostatků ústavní služby tam, kde nelze instituci rozmělnit do komunitních služeb. Dochází tedy k investicím do stávajících zařízení, aby co nejvíce přibližovala život v běžné společnosti. Předpokladem však stále zůstává, že tito lidé nebudou žít v izolovaném prostředí... Tvoření „zlatých klecí“ v rámci organizací je v procesu humanizace snad již přežité.

Bakalářská práce otevřela mnohé zajímavé náměty, kterými by se další práce mohly nechat inspirovat, ale my jsme se jim, vzhledem k volbě tématu, nemohli věnovat (např. vliv přítomnosti žen – pracovníc – na kvalitu života lidí s mentálním postižením, práce s opatrovníky v rámci změn při deinstitucionalizaci, podporované rozhodování jako hlavní téma humanizace apod.).

Při plánování výzkumných otázek se naskývaly možnosti zjišťování kvality života v různých oblastech života uživatelů. Jako velmi zajímavou jsme shledali možnost měření kvality poskytování zdravotnické péče v zařízeních ústavního typu pro lidi s mentálním postižením. Za zajímavé považujeme také měření kvality života i podle dostupnosti služeb mimo ústav, kdy se domníváme, že výzkum by narazil na limity humanizace, protože je-li zařízení např. v nedostupné oblasti, těžko budou mítí uživatelé s vysokou mírou podpory možnost zapojení se do běžného života.

Bakalářská práce by mohla být inspirací pro organizace ústavního typu, zvláště ve chvíli, kdy zřizovatel není nakloněn tzv. tvrdé transformaci“. A pracovníci i uživatelé se tak musí spokojit s tím, že budou vždy limitováni zdi ústavu jako takového. Pro tyto zařízení by mohlo být zadostiučiněním, že i v institucionálních podmínkách, lze poskytovat péči v souladu s právy uživatelů.

ZÁVĚR

Lidé s mentálním postižením tvoří početnou skupinu v naší společnosti. K zamyšlení však stále zůstává, mají-li tito lidé stejné a rovné možnosti jako majoritní společnost, v níž žijí, mohou-li se svobodně rozhodovat o svém životě. V posledních 15 letech došlo k velké proměně vztahu společnosti k osobám s mentálním postižením. Jednou z možností, proč ke změně došlo, může být i polidšťování sociálních služeb a fakt, že konkrétní jedinci, žijí mezi námi a ne za ploty ústavů. Svůj zásadní vliv v tom dozajista sehrála roli humanizace sociálních služeb. Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na vliv humanizačního procesu na kvalitu života lidí s mentálním postižením s nejvyšší mírou podpory. Bakalářská práce se zaměřuje na téma humanizace v sociálních službách. Práce je rozdělena na část výkladovou a výzkumnou. Bakalářská práce měla za cíl zorientovat se a prozkoumat téma kvality života v zařízeních, která prošla či prochází humanizačním procesem. Cílem práce bylo zjistit, zdali proces humanizace má vliv na kvalitu života uživatelů sociální služby. Ve výkladové se snažíme uvést danou problematiku v základních pojmech – co je mentální postižení, historické mezníky v péči o lidi s mentálním postižením. Pozornost je zaměřena na ústavní péči, kde se snažíme představit limity takovýchto institucí a zároveň ji i vysvětlujeme z pohledu legislativy. Nejvíce se zaměřujeme na segment transformace, deinstitutionalizace a uplatňování principu normality...

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký je vliv procesu humanizace na osoby s nejvyšší mírou podpory ve vybraných organizacích. Pro zjišťování cíle bylo nutné proniknout do teoretických informací, které klasifikují mentální postižení, vysvětlují jistá specifika jedinců s mentálním postižením i vztah společnosti k této skupině lidí. Vydefinovali jsme proces deinstitutionalizace, transformace, humanizace a neposlední řadě jsme si vymezili pojem kvalita života.

Výzkumná část práce potvrdila vliv změn v procesu humanizace na kulturu bydlení, stravování i zkvalitnění možností sociálních vazeb uživatelů s vysokou mírou podpory. Výzkumnou strategií byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie formou dotazníku. Respondenti z řad zaměstnanců potvrdili, že změny, které nastaly v rámci humanizace, měly významný vliv na kvalitu života uživatelů služby.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura:

BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, s.20. ISBN 978-80-244-3069-0.

ČADILOVÁ, V., H. JŮN, K. THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s.55, s.26-28. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

DISMAN. *Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele*, 3 vyd. Praha: Karolinum, 2002, s.135. ISBN 80-246-0139-7.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973, s.27.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Brno: Portál,2009. ISBN 978-85931-79-6.

GOFFMAN, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates by Erving Goffman*, New York: Anchor Books, 1961, ISBN 0385000162.

CHÁB, M. *Svět bez ústavů*, Praha: QUIP, 2004, s.27. ISBN 80-239-4772-9.

JANEČKOVÁ, E., H. ČIBEROVÁ, P. MACH. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2016. ISBN 978-80-7554-009-6.

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, 2007, 2.vyd. Praha: Portál, 2007, s.100. ISBN 978-80-7367-269-0.

JŮN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*, 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.

JOHNOVÁ, M. *Zkušenosti s transformací ústavní péče*, Praha: QUIP 2008, 26 s.

KVĚTOŇOÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.

- MPSV a kol. *Manuál transformace ústavů*. 1.vyd. Praha: MPSV, 2013, s. 49, s. 46.
ISBN 978-7421-057-0
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha, Portál, 2008, s.98, s.92, s.157.
ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 3.vyd. Praha: Portál, 2012, s.83, s.223.
ISBN 978 80-262-0211-0.
- MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011,
s.186. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1.vyd. Praha: UJAK.
ISBN 978-80-7452-001-3.
- MKF. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha, Grada.
ISBN 978-80-247-1587-2.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*.
1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006.
ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In VÍTKOVÁ,
Marie. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno:
Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: 1.vyd. Grada, 2007.
ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 4.vyd. Praha: Portál, 2011,
ISBN 978- 80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012, s.37.
ISBN 978-80-7320-176-0.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*: 3.vyd. Praha: SLON,2005. ISBN 80-86429-36-9.

VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*: 1.vyd. Brno: Tribun EU, 2009, s. 48; s. 73. ISBN 978-80-7399-877-6.

VALENTA, M., J. MICHALÍK, M. LEČBYCH a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012, s. 103. ISBN 978-80-247-3829-1.

Internetové zdroje

Posuzování nezbytné míry podpory. *NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE* [online]. [citace 2017-05-21]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/vyhodnocovani-nezbytnne-miry-podpory.pdf>

Doporučené postupy/ Příručka pro začlenění transformace ústavních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením do střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje ze dne 25. 4. 2013. *NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE* [online]. [citace 2017-05-04]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/DEI.pdf>

Zpráva plnění úkolů procesu „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2013. *MPSV* [online]. [citace 2017-05-05]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/17691/zprava_transformace_2013.pdf

Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením. *VEŘEJNÝ OCHRÁNCE* [online]. [citace 2017-05-21] dostupné z: https://www.ochrance.cz/.../2009/SZ_zarizeni_pro_osoby_s_mentalnim_postizenim.doc

Legislativní dokumenty

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. In Sbíрка zákonů České republiky. 19. 1. 2015

SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Pyramida potřeb	29
----------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1: Počet oslovených respondentů	53
Graf 2: Pohlaví.....	55
Graf 3: Věk	56

Seznam tabulek

Tabulka 1: Členění mentálního postižení podle MKN 10 (Švarcová, 2011).....	13
Tabulka 2: Popis zařízení.....	50
Tabulka 3: Počet oslovených respondentů.....	53
Tabulka 4: Pohlaví.....	55
Tabulka 5: Věk.....	56
Tabulka 6: Délka praxe.....	57
Tabulka 7: Pracovní pozice pracovníka v sociálních službách.....	57
Tabulka 8: Role klíčového pracovníka	57
Tabulka 9: Organizace prošla humanizací.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník pro bakalářskou práci.....	I
Příloha 2: Tabulky a grafy	IV
Příloha 3: Definice používaných pojmů	XVIII

Příloha 1: Dotazník pro bakalářskou práci

Dobrý den, jmenuji se Barbora Kohoutová a studuji na univerzitě Jana Amose Komenského v Praze obor speciální pedagogika se zaměřením na vychovatelství. Dotazník, který právě držíte v rukou, slouží pro výzkum o kvalitě života uživatelů s vysokou mírou podpory v transformované sociální službě. Na následující otázky prosím odpovězte zakroužkováním odpovědi. V případě potřeby doplnění informací či dalších komentářů, je možné využít okénko na konci dotazníku s nadpisem „doplnění“.

Předem Vám děkuji za čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

Dotazník	
1. Pohlaví <ul style="list-style-type: none">• muž• žena	2. Prošla Vaše organizace procesem humanizace? <ul style="list-style-type: none">• ANO• NE
3. Jaký je Váš věk? <ul style="list-style-type: none">• 20 – 29• 30 – 39• 40 – 49• 50 a více let	4. Pracuje v organizaci déle, než 5 let? <ul style="list-style-type: none">• ANO• NE
5. Pracuje na pozici pracovníka v sociálních službách? <ul style="list-style-type: none">• ANO• NE	6. Plníte roli klíčové pracovníka u lidí s nejvyšší mírou podpory? <ul style="list-style-type: none">• ANO• NE
Oblast kvality bydlení	
7. Kolik lidí žije ve společné domácnosti s vaším klíčovaným uživatelem s nejvyšší mírou podpory? <ul style="list-style-type: none">• 5 a méně• 5 – 10• 10 – více	8. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace? <ul style="list-style-type: none">• Ano• Ne• Nevím• Pozn:

<p>9. S kolika lidmi sdílí pokoj Váš klíčovaný uživatel s nejvyšší mírou podpory?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bydlí sám • Má jednoho spolubydlicího • Má dva spolubydlicí 	<p>10. Bylo tomu stejně tak před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Nevím • Pozn:
<p>11. Může si váš klíčovaný uživatel zařídit bydlení podle svých představ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Nevím 	<p>12. Bylo tomu stejně tak před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Nevím • Pozn:
Oblast kvality stravování	
<p>13. Může si Váš klíčovaný uživatel zvolit z více druhů nabízených pokrmů?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím 	<p>14. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím • Pozn:
<p>15. Může si Váš uživatel uvařit sám případně s pomocí asistenta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím 	<p>16. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím • Pozn:

<p>17. Může si Váš klíčovaný uživatel zvolit, kdy si chce jídlo sníst?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím 	<p>18. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím • Pozn:
<p>Oblast sociálních vazeb a trávení volného času</p>	
<p>19. Má Váš klíčovaný uživatel jiné vztahy, než se svými spolubydlícími?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Nevím 	<p>20. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Nevím
<p>21. Jak často Váš klíčovaný uživatel tráví čas mimo svou domácnost?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Každý den • 3x v týdnu • Pouze někdy • Nikdy • Nevím 	<p>22. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím
<p>23. Využívá Váš klíčovaný uživatel i jiné služby mimo tu, kterou poskytuje ve Vaší organizaci?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Každý den • 3x v týdnu • Pouze někdy • Nikdy • Nevím 	<p>24. Bylo tomu stejně před začátkem procesu humanizace?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ano • Ne • Pouze někdy • Nevím • Pozn.
<p>Děkuji za spolupráci.</p>	

Příloha 2: Tabulky a grafy

Oblast kultury - kvality bydlení		
7. Kolik lidí žije ve společné domácnosti s vaším klíčovaným uživatelem s nejvyšší mírou podpory?	počet	v %
5 a méně	43	57,3
5 – 10	25	33,3
10 – více	7	9,3
celkem	75	100,0
ad 7) před humanizací	počet	v %
ano	0	0,0
ne	73	97,3
nevím	2	2,7
celkem	75	100,0
8. S kolika lidmi sdílí pokoj Váš klíčovaný uživatel s nejvyšší mírou podpory?	počet	v %
Bydlí sám	39	52,0
Má jednoho spolubydlícího	36	48,0
Má dva spolubydlící	0	0,0
celkem	75	100,0
ad 8) před humanizací	počet	v %
ano	0	0,0
ne	75	100,0
nevím	0	0,0
celkem	75	100,0
9. Může si váš klíčovaný uživatel zařídit pokoj podle	počet	v %

svých představ?		
ano	69	92,0
ne	4	5,3
nevím	2	2,7
celkem	75	100,0
ad 9) před humanizací	počet	v %
ano	15	20,0
ne	48	64,0
nevím	12	16,0
celkem	75	100,0

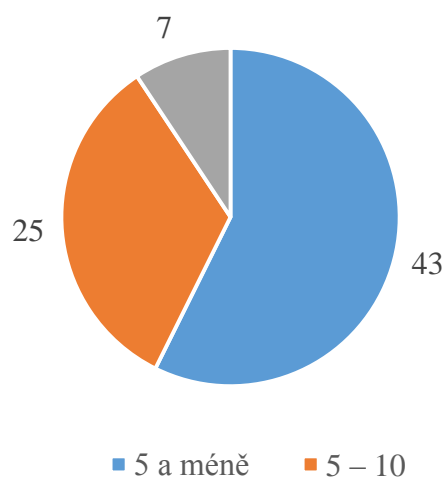
Oblast kultury – kvality stravování		
10. Může si Vás klíčovaný uživatel zvolit z více druhů nabízených pokrmů?	počet	v %
ano	66	88,0
ne	0	0,0
pouze někdy	7	9,3
nevím	2	2,7
celkem	75	100,0
ad 10) před humanizací	počet	v %
ano	32	42,7
ne	38	50,7
pouze někdy	2	2,7
nevím	3	4,0
celkem	75	100,0

11. Může si Váš uživatel uvařit sám případně s pomocí asistenta?	počet	v %
ano	50	66,7
ne	7	9,3
pouze někdy	17	22,7
nevím	1	1,3
celkem	75	100,0
ad 11) před humanizací	počet	v %
ano	8	10,7
ne	49	65,3
pouze někdy	15	20,0
nevím	3	4,0
celkem	75	100,0
12. Může si Váš klíčovaný uživatel zvolit, kdy si chce jídlo sníst?	počet	v %
ano	67	89,3
ne	0	0,0
pouze někdy	7	9,3
nevím	1	1,3
celkem	75	100,0
ad 12) před humanizací	počet	v %
ano	7	9,3
ne	62	82,7
pouze někdy	4	5,3
nevím	2	2,7
celkem	75	100,0

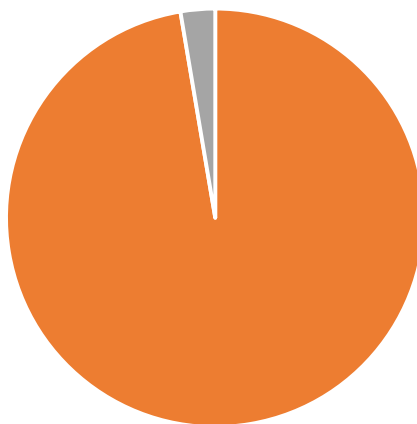
Oblast sociálních vazeb a trávení volného času		
13. Má Váš klíčovaný uživatel jiné přátelské - partnerské vztahy, než se svými spolubydlicími?	počet	v %
ano	59	78,7
ne	9	12,0
nevím	7	9,3
celkem	75	100,0
ad 13) před humanizací	počet	v %
ano	33	44,0
ne	40	53,3
nevím	2	2,7
celkem	75	100,0
14. Jak často Váš klíčovaný uživatel tráví čas mimo svou domácnost?	počet	v %
Každý den	69	92,0
3x v týdnu	5	6,7
Pouze někdy	1	1,3
Nikdy	0	0,0
Nevím	0	0,0
celkem	75	100,0
ad 14) před humanizací	počet	v %
ano	15	20,0
ne	1	1,3
pouze někdy	56	74,7
nevím	3	4,0
celkem	75	100,0

15. Využívá Váš klíčovaný uživatel i jiné služby mimo tu, kterou poskytujete ve Vaší organizaci?	počet	v %
Každý den	33	44,0
3x v týdnu	24	32,0
Pouze někdy	15	20,0
Nikdy	0	0,0
Nevím	3	4,0
celkem	75	100,0
ad 15) před humanizací		
ano	2	2,7
ne	2	2,7
pouze někdy	68	90,7
nevím	3	4,0
celkem	75	100,0

7. Kolik lidí žije ve společné domácnosti ad 15) před humanizací vašim kad 15) před humanizací čovaným uživatelem s nejvyšší mírou podpory?

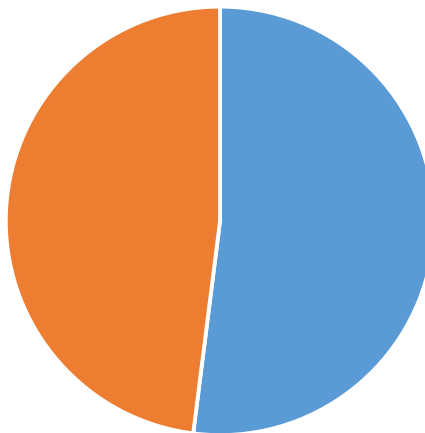


ad 7) před humanizací



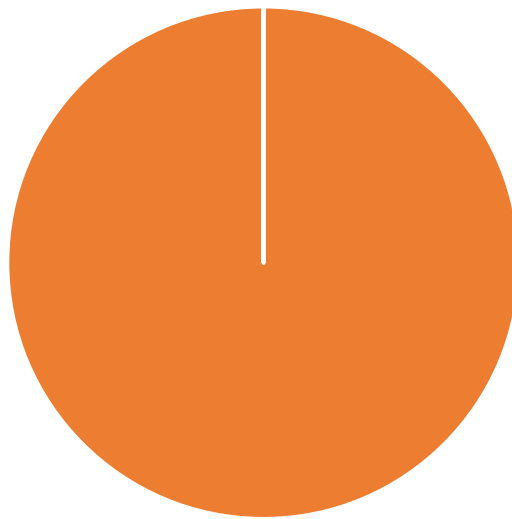
■ ano ■ ne ■ nevím

8. ad 15) před humanizací kolika lidmi sdílí pokoj
Váad 15) před humanizací klíčovaný uživatel s
nejvyšší mírou podpory?



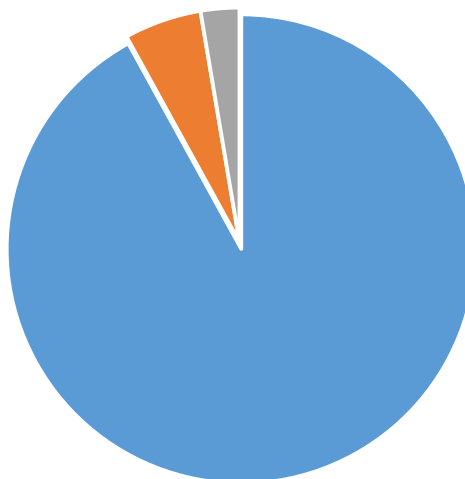
■ Bydlí sám ■ Má jednoho spolubydlícího

ad 8) před humanizací



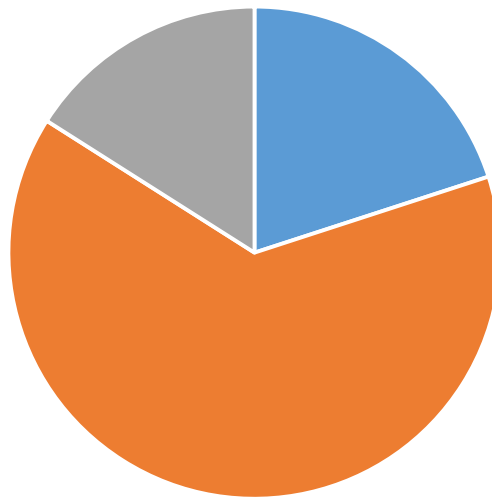
■ ano ■ ne ■ nevím

9. Může si váš klíčovaný uživatel zařídit pokoj podle svých představ?



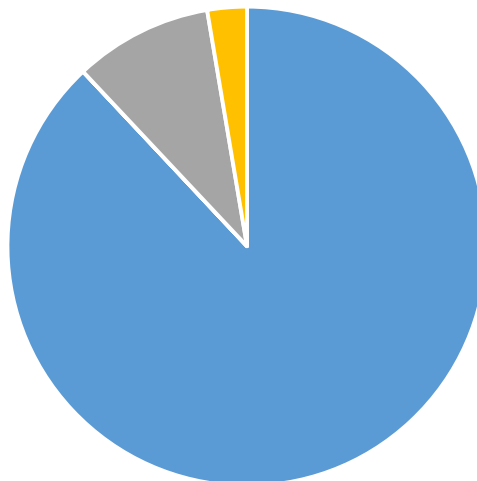
■ ano ■ ne ■ nevím

ad 9) před humanizací



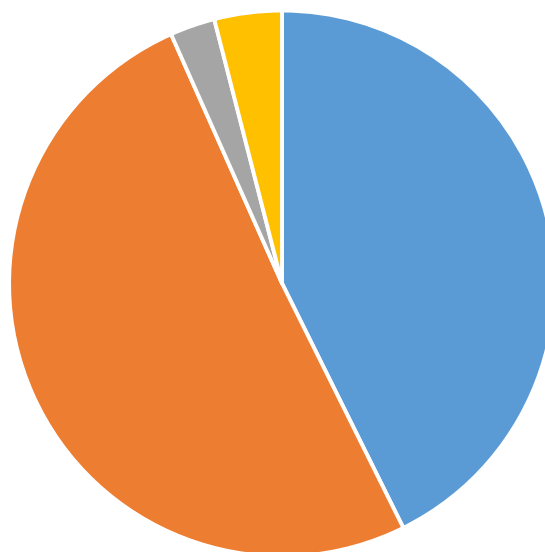
■ ano ■ ne ■ nevím

10. Může si Vás klíčovaný uživatel zvolit ad 15) před humanizací více druhů nabízených pokrmů?



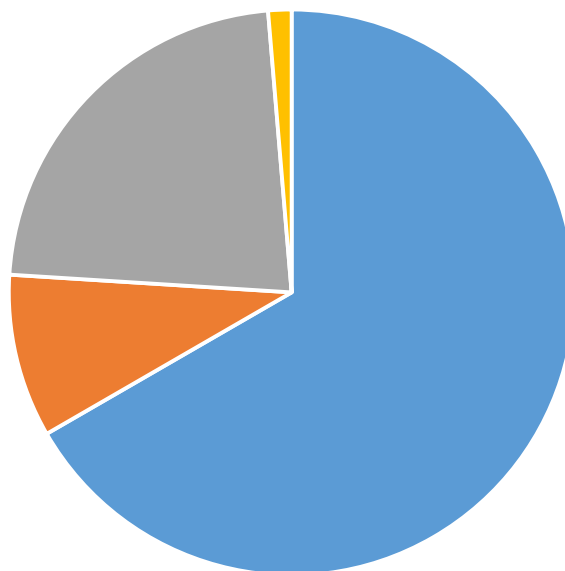
■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

ad 10) před humanizací



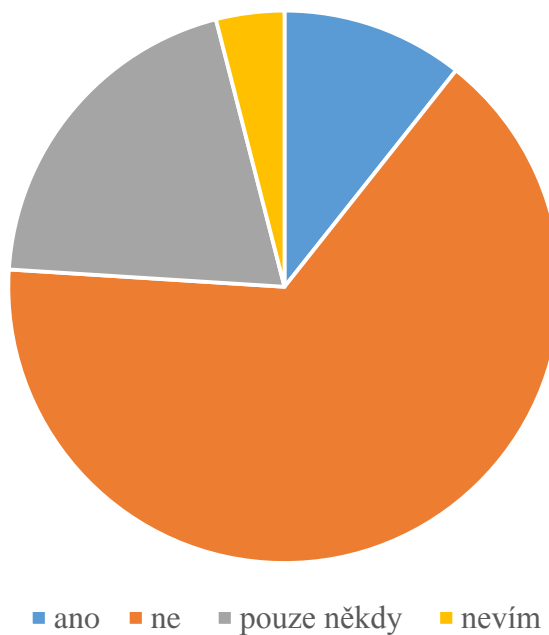
■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

11. Může si Váš uživatel uvařit sám případně ad 15) před humanizací pomocí asistenta?

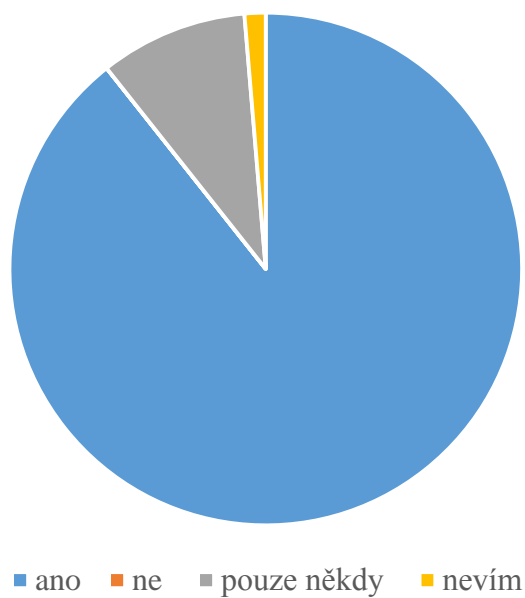


■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

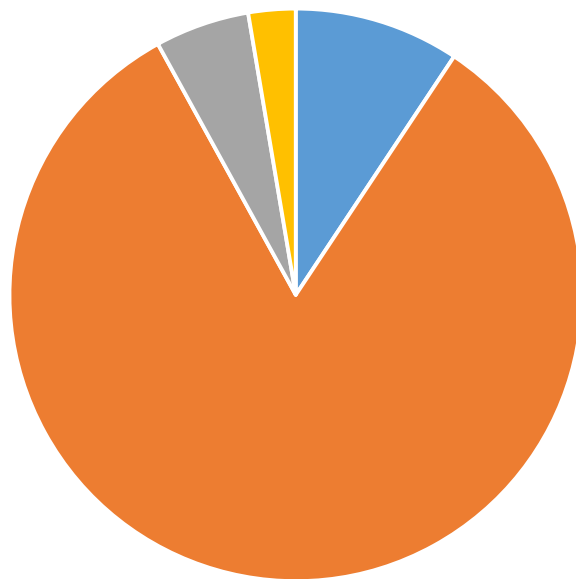
ad 11) před humanizací



12. Může si Váš klíčovaný uživatel zvolit, kdy si chce jídlo sníst?

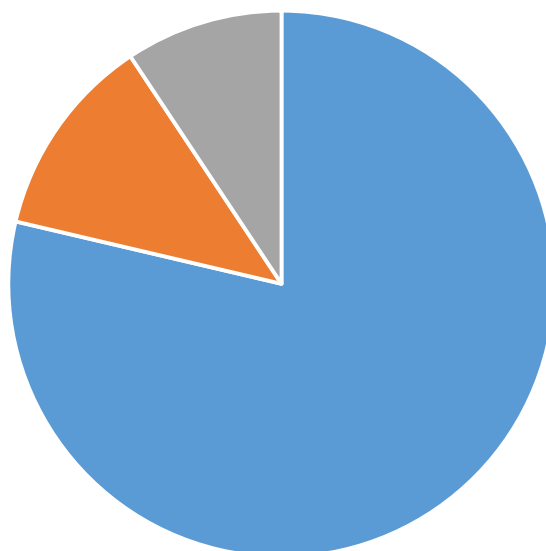


ad 12) před humanizací



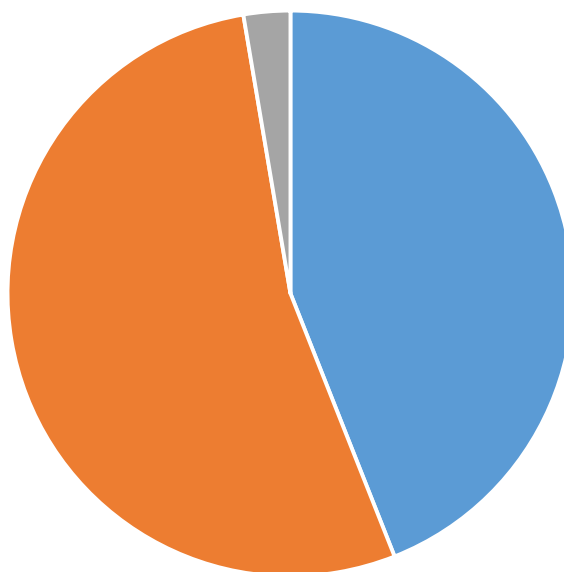
■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

13. Má Váš klíčovaný uživatel jiné přátelské - partnerské vztahy, než se svými spolubydlícími?



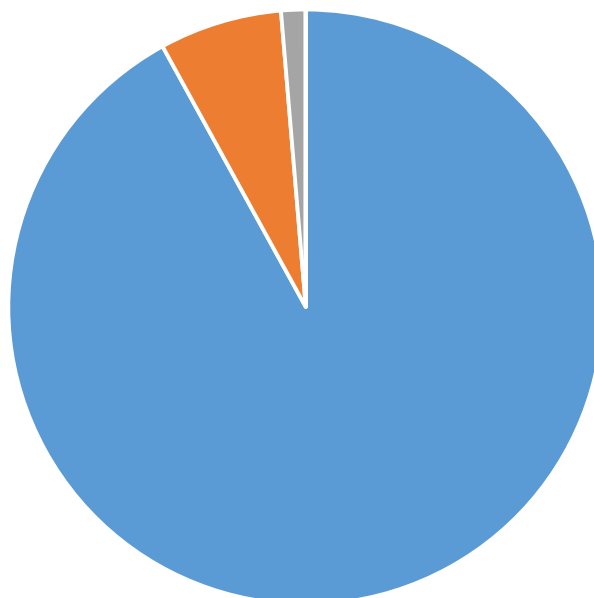
■ ano ■ ne ■ nevím

ad 13) před humanizací



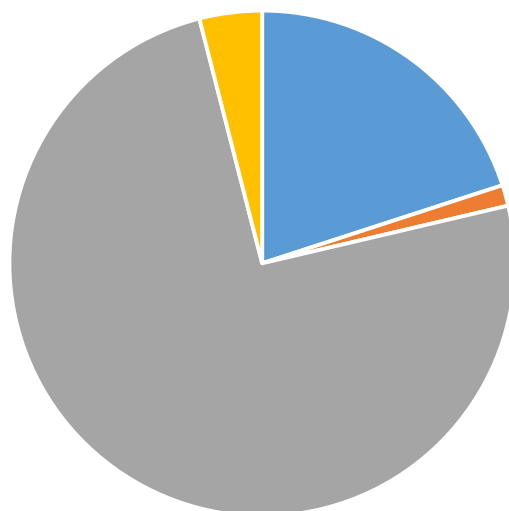
■ ano ■ ne ■ nevím

14. Jak často Váš klíčovaný uživatel tráví čas mimo svou domácnost ?



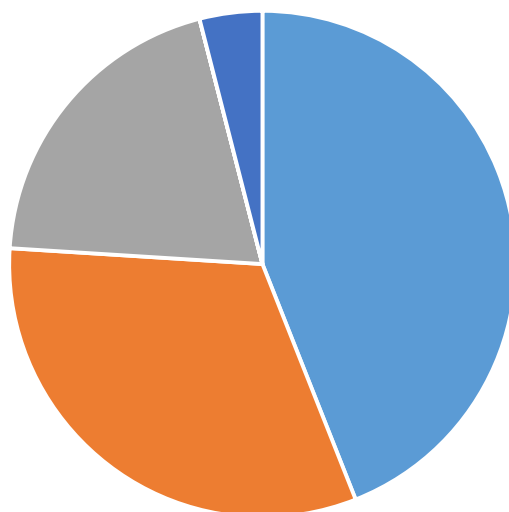
■ Každý den ■ 3x v týdnu ■ Pouze někdy ■ Nikdy ■ Nevím

ad 14) před humanizací



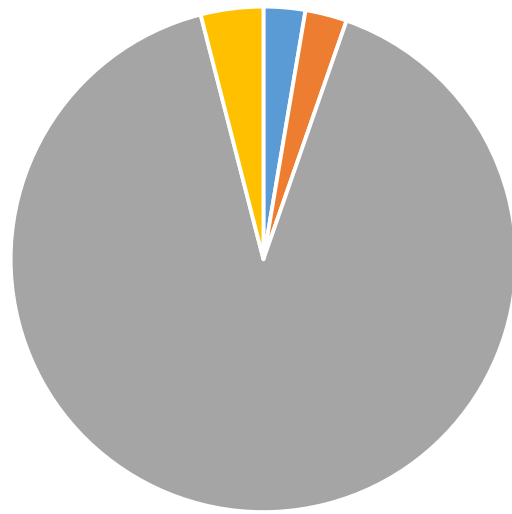
■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

15. Využívá Váš klíčovaný uživatel ad 15) před humanizací jiné služby mimo tu, kterou poskytlujete ve Vaší organizaci?



■ Každý den ■ 3x v týdnu ■ Pouze někdy ■ Nikdy ■ Nevím

ad 15) před humanizací



■ ano ■ ne ■ pouze někdy ■ nevím

Příloha 3: Definice používaných pojmů

- Ústavní služba

Jako ústavní služba je označena služba, která má registrovaný jeden z následujících druhů služby:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením
- Domov se zvláštním režimem
- Týdenní stacionář
- Chráněné bydlení

A jestliže splňuje alespoň jednu z níže uvedených podmínek

- V jednom objektu je kapacita lůžek rovna nebo vyšší než 19
- Kapacita je nižší, než podle první podmínky, ale služba je poskytována v objektu s další pobytovou nebo ambulantní sociální službou a společná kapacita v areálu tedy přesahuje 19 lůžek (Manuál transformace ústavů ,2013,s.49)
- Ústav / ústavní zařízení

Instituce, která poskytuje uživatelům služby nepřetržitou péči, která je spojována s ubytováním, stravováním a dalšími službami, které nahrazují pro většinovou společnost běžný způsob života. Podstatnými parametry ústavů jsou také (kromě kompetencí personálu, přiměřenosti stavby a denního režimu potřebám klientů) také velikost a lokalizace. (Matoušek, 2008)

„V souvislostech transformace sociálních služeb je tímto pojmem myšlena pobytová služba, která izoluje své uživatele od běžné komunity a lidé v ní jsou nuceni spolu žít a jsou tudíž vystaveni negativním účinkům institucionalizace. Ústav sice nedefinuje jeho velikost, ale procesy institucionálních pořádků, izolace a moc, nicméně u větších pobytových služeb je tendence k institucionalizaci vyšší.“ (Manuál transformace ústavů ,2013,s.49)

- Institucionalizace

Tento pojem se používá pro proces, kdy se sociální role, objekt vlastní hodnoty a představy nebo způsob chování, stává pevně spojeným s organizací, sociálním systémem, nebo společností, v její specifické části. Souhrn ústavních pravidel se stává pro chod služby důležitější než orientace na individuální potřeby jednotlivců, které by měla sociální služba naplňovat. Ústavní služba přímo či nepřímo vyvíjí na klienty tlak,

tak aby se jejich potřeby přizpůsobily potřebám ústavního řádu. (Manuál transformace ústavů , 2013, s. 46)

- Deinstitutionalizace

Deinstitutionalizace je: „*Vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují ho z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity*“ Matoušek (2008, s.40). Jandourek doplňuje pojem takto: „*Hnutí, které usiluje o snížení závislosti znevýhodněných, tělesně nebo duševně nemocných a postižených na institucích, vytvoření podmínek pro jejich samostatný život mimo ústavy a jiné instituce*“ Jandourek (2007, s.53). Je nutné si zde říci, že se nejedná jen o hnutí či trend v sociální službě, „*Deinstitutionalizace je proces. Ve kterém přímo dochází proměně instituce, jak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne na potřeby formalizované organizace – instituce. Dosahováno je jí proměnou institucionální péče v péči v komunitě.*“ (NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE, online, citace 2017-05-21)

- Transformace

Transformace: Transformace je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb. Výsledkem by měla být péče v přirozeném prostředí člověka a snižování ústavních kapacit. Cílem transformace je zajistit pro každého uživatele dané sociální služby ústavního charakteru podporu dle jeho přání a potřeb takovým způsobem a v takovém prostředí, které je běžné i pro ostatní lidi ve společnosti. Mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli a jinými lidmi, se kterými mají společné zájmy, nikoliv jen postižení. Zařízení, která je oddělují od ostatní společnosti a příležitostí, jež běžné prostředí nabízí, nejsou vhodnou formou jejich podpory.

Je důležité si říci, že výše uvedené dva termíny - proces transformace sociálních služeb a deinstitutionalizace bez sebe v praxi nic zásadního neznamenaají. Jedná se o dva prolínající se procesy, které se vzájemně přímo ovlivňují a nedají se oddělit. Pokud by tyto procesy probíhaly odděleně, mohlo by se stát, že transformace sociální služby by znamenala pouze rozčlenění ústavu na bytové jednotky s ústavními principy péče (stálým harmonogramem, velkokapacitní jídelnou apod.) V každém případě

v centru změn je vždy člověk, který potřebuje nějakou podporu či pomoc, je podporována jeho samostatnost a využití jeho potenciálu, stejně tak je podporována i jeho nezávislost na sociální službě, zapojení do běžného dění ve společnosti, tedy využívání běžných veřejných služeb, navazování formálních i neformálních vztahů, zapojování do veřejných aktivit od společenských akcí až po volby. Transformace ústavní péče je dle Johnové (2008) prostředek nikoli cíl. Cílem je každému člověku umožnit žít ve společnosti. Zavření ústavů se netýká služeb a lidí, ale budov. Kvalitu života uživatelů není možné v ústavu zvýšit na běžnou úroveň, což dokazuje praxe v několika státech Evropy, Ameriky i první české a slovenské projekty. Přestěhování z ústavní budovy není řešením. Naopak může to vést i ke zhoršení kvality života – osamělost, zvýšení kontroly nad klienty, frustrace. Proto je nutné se na přechod do běžné společnosti dobře připravit.

V ČR jsou podle Johnové (2008) pro změny v ústavní péči používané dva termíny a to transformace a reforma. Reforma se specializovaná na úpravy vybavení a zlepšení prostředí ústavů, kdy tato reforma vede ke zlepšení standardu bydlení, který zlepšuje kvalitu života osob v ústavech. Naproti tomu transformace je radikální a zásadní změnou, která vychází z přeměny (transformace) úkolů ústavů. Namísto umístování lidí do speciálních zařízení jde o poskytování speciálních služeb dle individuálních potřeb v běžném prostředí.

- Socializace

„Socializace je proces, v němž dochází k postupné přeměně člověka jako biologické bytosti v bytost společenskou. Realizuje se ve společenském životě, zejména v průběhu mezilidských interakcí“ Úlehla (2005, s. 20).

- Sociální začlenění

S tímto pojmem pracují všechny členské státy EU v rámci své sociální činnosti. Základním principem by tedy mělo být posilování kompetencí, schopností, dovedností člověka nebo skupiny tak, aby mohl využívat běžné společenské zdroje (přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu. Jedinci je znesnadňován přístup ke zdrojům, pozicím a příležitostem, které umožňují zapojení do aktivit většinové společnosti. (Vrtišková, 2009)

- Sociální vyloučení

Je situace, kdy se v životě člověka vyskytnou překážky, které mu komplikují či zcela zamezují, aby žil takovým způsobem života, který je ve společnosti běžný. (Vrtišková, 2009)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Barbora Kohoutová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinované

Název práce: Vliv procesu humanizace na kvalitu života lidí s mentálním postižením s nejvyšší mírou potřebné podpory

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 53

Celkový počet stran příloh: 21

Počet titulů českých použitých zdrojů: 27

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 4

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.