

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta  
Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

*Radmila Fikoczková*

*Přístup pobytových sociálních služeb pro osoby se  
zdravotním postižením s věkovým omezením ke klientům  
v situaci, kdy se dožívají seniorského věku.*

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.**

**2019**

„Prohlašuji, že jsem práci  
vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu  
literatury.“

V Olomouci dne 26. 3. 2019

Podpis .....

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné vedení. Velké poděkování patří sociálním pracovníkům, kteří byli ochotni k rozhovorům. Největší poděkování patří mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali a povzbuzovali.

## Obsah

ÚVOD.....	5
KONCEPTUÁLNÍ ČÁST .....	7
1. SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	7
1.1. Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	7
1.2. Chráněné bydlení .....	9
2. OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	10
2.1. Terminologie .....	10
2.2. Příčiny mentálního postižení .....	11
2.3. MKN-10 (F70-F79) .....	12
2.4. Downův syndrom .....	13
2.5. Demence.....	14
3. ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A STÁŘÍ .....	16
3.1. Stáří.....	17
3.1.1. Diagnostika stáří u osob s mentálním postižením .....	17
3.2. Omezení a ztráty .....	18
3.2.1. Identita člověka.....	18
3.2.2. Potřeba péče.....	19
3.3. Znatelné rozdíly mezi lidmi bez postižením a lidí s mentálním postižením.....	20
3.3.1. Hledání diagnózy .....	20
3.3.2. Délka života.....	21
3.3.3. Socializace a očekávání společnosti .....	21
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	23
4. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	23
5. METODOLOGIE .....	24
5.1. Kvalitativní výzkum .....	24
5.2. Technika výběru a charakteristika výzkumného souboru.....	24
5.3. Struktura otázek pro respondenty .....	26
5.3.1. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru.....	26
5.4. Etické rozměry výzkumu .....	27
5.5. Metoda sběru dat .....	28
5.6. Postup analýzy dat .....	30
6. INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	31
6.1. Specifika klientů, kteří dosáhli hranici věku .....	31
6.2. Způsoby poskytování služeb klientům, kteří dosáhli hranici věku .....	33
6.3. Změny v celkové struktuře služby, ve které klient dosáhl hranici věku .....	35
7. DISKUZE.....	39
ZÁVĚR.....	42
BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM .....	44

## Úvod

Můžeme říci, že problematika stáří a stárnutí je aktuálním tématem naší současné společnosti. Díky zkvalitnění životních podmínek a kvality zdravotnických i sociálních služeb se lidé dožívají vyššího věku než před lety. Právě proto se počet nepostižených, ale i postižených seniorů v naší společnosti, zvyšuje. Vědním oborem, který se zabývá kvalitou poskytovaných služeb osobám, které se nachází v nepříznivých sociálních situacích je sociální práce. Mezi tyto osoby patří mimo jiné také lidé s mentálním postižením a seniori, kterými se má práce zabývat.

Jedna z nejzajímavějších oblastí, alespoň pro mne, je oblast osob s mentálním postižením. O tématice mentálně postižených seniorů se v naší společnosti tolik nemluví, ale přece jen se tato problematika v sociálních službách pro mentálně postižené objevuje. Myslím si, že je důležité mít na paměti kvalitu jejich života, účelnost všech druhů péče a jistou integraci do společnosti. Na základě pozorování v rámci praxí a práce v sociálních službách pro osoby s mentálním postižením je dle mého názoru dosti opomíjeno téma stárnutí osob s mentálním postižením. Tato zkušenost mě vedla k rešerši literatury a závěrečných vysokoškolských prací, ve kterých jsem řešení této problematiky nenašla. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve své bakalářské práci prozkoumat téma přístupu pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením s věkovým omezením ke klientům v situaci, kdy se dožívají seniorského věku.

Na svých praxích jsem se setkala s několika případy, kde sociální služby řešily situace, kdy jejich klienti dosáhli hraničního věku možného pro ubytování v konkrétní sociální službě. Většina těchto klientů dosáhla seniorského věku, přičemž nastala situace, že pro tyto klienty nebyla přístupná vhodná navazující služba. Proto jsem se rozhodla zjistit, zda má tento problém více sociálních služeb, jaké jsou jejich postupy a přístup k těmto lidem, pokud v daném zařízení zůstávají.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny. Metodou kvalitativního výzkumu hledám odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zní: „Jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové

skupiny?“ V souladu s cílem, hlavní výzkumnou otázkou jsou stanoveny další dílčí oblasti zkoumání: Specifika klientů, kteří dosáhli hranici věku, způsoby poskytování služeb klientům, kteří dosáhli hranici věku a také změny v celkové struktuře služby s tím spojené.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První část je věnována prostudování všeobecné terminologie v oblasti osob s mentálním postižením a seniorů. Další kapitoly obsahují změny, které se s těmito osobami dějí a kvůli kterým je dále potřeba službu přizpůsobovat. Praktická část je již zaměřena na samotný výzkum v sociálních službách domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních.

# Konceptuální část

## 1. Sociální služby

V úvodní kapitole jsou popsány sociální služby, které zákon popisuje jako pobytové služby zahrnující osoby s mentálním postižením, vylíčeny budou domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení, jelikož právě tyto odpovídají tomuto požadavku.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí několik druhů a forem sociálních služeb. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytování sociálních služeb mohou být například pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytové služby jsou služby, které poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní služba je taková, do které osoby osobně docházejí nebo službu samotnou je možné doprovodit nebo dopravit do zařízení jiných sociálních služeb, ale součástí této služby není ubytování. Terénní pobytové služby jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném prostředí. Pro účely této práce se budu zabývat pouze pobytovými sociálními službami pro osoby s mentálním postižením jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení.

Obsahem pobytové sociální služby je podpora ve zvládnutí nároků samostatného bydlení, jež lidé s mentálním postižením zpravidla potřebují. Je nutné, aby tato podpora vždy vycházela z individuálních potřeb samotného klienta. Podpora obvykle obsahuje pomoc v oblasti bydlení a běžných denních činnostech jako je stravování, oblékání, hygiena, obstarávání osobních věcí nakupování, doprava apod. Je v ní obsažená také pomoc ve vedení domácnosti, pomoc s úklidem, údržba domácnosti, finanční oblast a jiné. V neposlední řadě se jedná o podporu v navazování vztahů s ostatními obyvateli služby nebo s okolím, kde se služba nachází, orientace v místě bydliště a hledání způsobu, jak člověk s postižením může přispívat do života komunity, ve které žije. (Černá 2015: 183)

### 1.1. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) Matoušek definuje jako: „*Instituce zpravidla zřizované státem, kraji či obcemi s celoročním nebo týdenním pobytem, jež poskytují ucelenou péči o klienty s postižením. Domovy nabízejí soubor služeb, které mají*

*podporovat soběstačnost člověka a zajistit mu podmínky pro jeho důstojný, aktivní život.“*  
(Matoušek, 2013: 417).

DOZP podle zákona o sociálních službách poskytují pobytové služby osobám, které si díky svému zdravotnímu stavu a funkčním schopnostem nejsou schopné zajišťovat své životní potřeby sami, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. DOZP poskytují základní činnosti. Na prvním místě ubytování, obstarávají a zajišťují stravu, také pomoc při zvládání 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. (Zákon č. 108, §48).

DOZP pracují s různými cílovými skupinami např. lidé s mentálním postižením, lidé se sluchovým nebo zrakovým a jiným fyzickým postižením apod. Ministerstvo práce a sociálních věcí vede na svých internetových stránkách Registr poskytovatelů sociálních služeb, kde si každý může najít informace o jednotlivých službách a naleznout takovou službu, která mu vyhovuje. Každý DOZP má svá vnitřní pravidla, která by měla odpovídat standardům kvality sociálních služeb. Mají svá poslání a cíle, také si každý stanoví, jaký bude věk přijetí do služby a hraniční věk, kdy je služba ukončena. Zákon nestanovuje přesné podmínky přijetí osob do DOZP ani neupravuje, jaký je věk přijetí nebo věk pro ukončení služby. Přesto se ani v registru poskytovatelů sociálních služeb často nenachází věkové omezení služby. V mnoha případech nalezneme věk přijetí, ale věk ukončení u většiny stanoven není. (MPSV)

Můžeme si položit otázku, zda tedy tyto služby poskytují své služby neomezeně, a jak jsou připraveny na to, že jim klienti v zařízeních stárnou, a zda jsou schopni jim poskytnout kvalitní péči. Pokud sociální služby mají stanovenou věkovou hranici, můžeme si položit otázku z jakého důvodu, a co se tedy děje s klienty, kteří překročili tuto hranici. Dle Černé v naší zemi nenacházíme mnoho specializovaných služeb, které by se věnovaly problematice stárnoucích osob s mentálním postižením. (Černá, 2015: 205-206)



## **1.2. Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení Matoušek definuje takto: „*Jde o pobytovou službu podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se společenským prostředím.*“ (Matoušek, 2011: 107)

Podle Novosáda je v chráněném bydlení míra podpory osob menší než v DOZP a může mít formu individuálního nebo skupinového bydlení, může zahrnovat i podporu osobního asistenta. I v DOZP je možnost vyčlenění objektu vystavěného jako chráněné bydlení. Chráněné bydlení funguje jako příprava na samostatné bydlení. Osoby, které žijí v DOZP a mají takovou míru schopností, aby mohli žít samostatně, nejsou připraveni přejít hned do samostatného bydlení. Jsou málo zkušené v sociálním fungování a vztazích, z důvodu snížené úrovně gramotnosti jsou lehce zneužitelní, proto se mohou stát oběti podvodu. Právě v chráněném bydlení se nabízí vhodná příprava formou tréninku a nácvikem všech těchto dovedností za pomoci vyškoleného asistenta. (in Matoušek, 2013: 417)

I zde se však musíme zamýšlet nad tím, že klienti těchto sociálních služeb stárnou a přicházejí komplikace spojené se schopností zvládat samostatný život ve spojitosti s péčí o vlastní osobu a své domácnosti.

## 2. Osoby s mentálním postižením

Tato kapitola se bude zabývat teoretickým představením a vymezením pojmu mentálního postižení. Ve vymezení tohoto duševního znevýhodnění bylo v historii a je i v současnosti mnoho nesrovnalostí a nejednoty v terminologii. V české i v zahraniční literatuře nacházíme širokou škálu termínů a definic tohoto stavu. V této kapitole se budu snažit o stručný přehled těchto termínů a definic. Také bude uvedeno dělení mentální retardace Mezinárodní statistické klasifikace nemocí podle Světové zdravotnické organizace (WHO). Kapitola je důležitá pro pochopení základních pojmů a náhledů na postižení, které se stále proměňují a ovlivňují tak i způsob práce a podporu lidí s mentálním postižením.

### 2.1. Terminologie

Na úvod chci uvést rozdíl mezi pojmy mentální postižení a mentální retardace, protože právě v těchto pojmech často vznikají různé nesrovnalosti. Tyto pojmy je nutno znát pro pochopení cílové skupiny, kterou se tato bakalářská práce zabývá.

Dle Valenty (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012: 30) je „*Mentální postižení širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru*“. Zatímco „*Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, které oslabuje adaptační schopnosti jedince*“. Termín mentální retardace se začal používat po konferenci celosvětové zdravotnické konference (WHO) a pomalu začal nahrazovat všechny doposud používané relevantní pojmy. (Valenta a kol., 2012:31)

Naproti tomu Matoušek definuje mentální postižení takto: „*Mentální postižení (mentální retardace) je souhrnné označení vrozeného deficitu rozumových schopností – inteligence. Inteligence je schopnost uvědomovat si podstatné vztahy mezi věcmi a využívat jich při řešení nově vzniklých problémů.*“ (Matoušek, 2013: 393) Dále uvádí, že lidé s mentálním postižením mají větší problém s adaptací, učením, orientací a nejsou schopni dosáhnout takového stupně vývoje, jaké by odpovídalo. Je to méně než 70% normy.

Švarcová mentální retardaci definuje takto: „*Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.*“ Říká, že rozvoj postižení jednotlivých funkcí je u každého jednotlivce jiný. (Švarcová, 2006: 28) Definice však není ve shodě se snahou o inkluzi těchto osob, jelikož poukazuje na to, že tito lidé mají potíže s adaptací.

Jak uvádí mnoho autorů, mimo jiné i Černá, je spousta termínů, kterými můžeme popisovat osoby s mentálním postižením, termíny jako například: mentální retardace, oligofrenie, demence apod. V odborné literatuře najdeme jiné termíny a jejich popisy nejen z hlediska historického, ale také z hlediska tzv. opuštěnosti – termínů, od kterých se v průběhu let upustilo jako např. slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost a jiné. (Černá 2008: 75)

## **2.2. Příčiny mentálního postižení**

Pro lepší orientaci v tématu osob s mentálním postižením a jejich pochopení je potřeba znát, jaké jsou příčiny mentálního postižení, kdy k němu dochází a za jakých podmínek. Pro bližší pochopení životní situace klienta by bylo dobré znát příčinu a vznik jeho postižení, jelikož tvoří jeho celkovou osobnost a ovlivňuje to způsob jeho vypořádávání se životními změnami.

Mentální postižení může být způsobeno buďto endogenními nebo exogenními příčinami, přičemž obě složky mohou působit vzájemně. Mezi endogenní (vnitřní) příčiny můžeme zařadit poruchy ve struktuře či funkci genetického aparátu. Řadíme zde mentální postižení, která jsou způsobena chromozomálními aberacemi např. Downův syndrom. Jsou to poruchy počtu pohlavních chromozomů, poruchy metabolismu a polygenní dědičnost. Exogenní (vnější) příčiny můžeme rozdělit podle období, ve kterém působí, a to prenatální, perinatální a postnatální období. Prenatální období je období od početí do narození a zde mohou působit vlivy biologické, chemické či fyzikální např. viry, alkohol, drogy, rentgenové záření apod. V perinatálním období těsně před, během a po porodu, je možné poškození plodu následkem nedostatečného zásobení plodu kyslíkem, tzv. hypoxie. V postnatálním období, tedy po porodu, také může dojít k poškození mozku, a to jeho zánětem. Pokud k poškození dojde od druhého roku dítěte, nemluvíme o mentálním postižení, ale o demenci, která se vyznačuje, na rozdíl od mentálního postižení, svým rozvojem. (Fischer, Škoda, 2008: 92).

Podle Křížkovské je každý člověk s mentální retardací samostatnou a svébytnou osobností se schopnostmi se rozvíjet, stejně tak se svými individuálními problémy. Říká, že: „...je třeba brát v potaz ta specifika, která vyplývají ze strukturálních změn. Proto dochází k odlišnostem jak kvalitativním, tak kvantitativním. Je nutné si všimnout specifik percepce, myšlení, paměti, pozornosti, vůle, aspirace a komunikačních dovedností.“ (in Křížkovská, Tomalová a kol., 2012: 25).

### **2.3. MKN-10 (F70-F79)**

Chci uvést dělení mentální retardace dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která dělí mentální retardaci následovně:

Dle MKN-10 je mentální retardace „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“

Stupeň mentální retardace se určuje podle standardizovaných testů inteligence nebo může být nahrazeno škálami určujícími úroveň adaptability v prostředí, ale tyto škály určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza by měla odpovídat současnému stavu duševních funkcí. Rozlišuje se:

- F70 Lehká mentální retardace – IQ mezi 50 až 69, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let, je zde schopnost práce, udržování sociálních vztahů a přispívání k životu společnosti. Patří zde lehká slabomyslnost (oligofrenie) a lehká mentální subnormalita.
- F71 Střední mentální retardace – IQ 35 až 49, u dospělých mentální věk 6 až 9 let, vývojové opoždění v dětství, dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a činnosti ve společnosti. Patří zde střední slabomyslnost (oligofrenie) a imbecilita.
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 20 až 34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Tento stav vyžaduje trvalou potřebu podpory. Patří zde těžká mentální subnormalita a idioimbecilita.

- F73 Hluboká mentální retardace – IQ dosahuje nejvýše 20, u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory a pomoci při veškerých činnostech. Patří zde hluboká slabomyslnost (oligofrenie) a idiocie.
- F78 Jiná mentální retardace.
- F79 Neurčená mentální retardace – Patří zde mentální deficit NS a subnormalita NS. (MKN-10, 2018: 244–245)

## 2.4. Downův syndrom

V literatuře bývá při popisu stárnutí osob s mentálním postižením často zmiňován pojem Downův syndrom. U osob s touto diagnózou přicházejí znaky seniorského věku dříve, a to již mezi 40. – 50. rokem jejich života (Vágnerová 2004 in Černá 2015: 206), proto chci krátce vysvětlit i tento pojem.

Valenta uvádí, že „v etiologii mentální retardace mají významné postavení **specifické genetické poruchy**. Jejich největší skupinu tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů, dále pak narušením struktury chromozomů a genovou mutací.“ Dále uvádí, že u osob s mentální retardací jsou nejvíce zastoupené chromozomové aberace tzv. aberace numerické, které v mnoha případech způsobují velmi vážné poruchy. Downův syndrom, který patří k nejčastějším vrozeným syndromům, je trizomií 21. chromozomu, kdy „se jedná o existenci tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky.“ (Valenta a kol., 2015: 56-57)

Člověk s Downovým syndromem je ve své podstatě velmi charakteristický svým specifickým fenotypem. Jeho postava je menší a robustnější, pro kterou je charakteristický kulatý obličej s vystouplými lícními kostmi a malá zploštělá lebka, stejně tak mohutná šíje. Velmi charakteristické je posazení očí v obličejí, které je způsobené kolmou kožní řasou ve vnitřním koutku. Dalším typickým rysem jsou široké ruce s krátkými prsty a značná kloubní pohyblivost. Valenta popisuje, že „Downův syndrom bývá také spojen s poruchou vývoje některých vnitřních orgánů (např. kardiovaskulárního systému), neurologickým postižením (epileptické záchvaty), mentální retardací (většinou ve středním pásmu) a poruchami řeči.“

Také říká, že pokud je těmto osobám věnována podpora a odborná pomoc již od ranného věku, jsou schopni dosáhnout vysokého stupně socializace. (Valenta a kol., 2012: 57)

Velmi podobně popisuje osoby s Downovým syndromem i Černá, která říká, že hloubka mentálního postižení u osob s Downovým syndromem je různá, ale nejčastěji jde o lehkou či střední mentální retardaci, která je v určité míře ovlivňována jinými nemocemi a zdravotními komplikacemi vyskytujícími se u osob s tímto syndromem. (Černá, 2015:90)

## **2.5.Demence**

Autoři, kteří ve svých publikacích zmiňují osoby s mentálním postižením v seniorském věku zmiňují mimo jiné i demenci, proto chci tomuto tématu věnovat zvlášť tuto podkapitolu. Proces stárnutí může zahrnovat několik dalších symptomů, které mají vliv na celkovou osobnost jedince a mohou zasáhnout člověka s i bez postižení. Jedním ze symptomů, kterými mohou lidé s mentálním postižením v seniorském věku trpět, je demence.

*„V souvislosti s problematikou stáří lidí s mentálním postižením se často hovoří o demencích.“* (Černá, 2015: 206)

Demence je dle MKN-10 syndromem, který je způsobený různou poruchou mozku, kdy dochází k porušení *„nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace.“* (MKN-10, 2018: 191)

O demenci se jedná, pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, je to tzv. sekundární onemocnění, které má většinou rozvíjející se charakter, kdy se postupně zhoršují a prohlubují jednotlivé symptomy nemoci. Demence je v populaci méně rozšířena než mentální retardace, ale je důležité tyto dvě formy poruchy rozlišovat, jelikož postižené osoby se od sebe liší v psychické výbavě, osobnostními rysy, prognózou, edukací, a terapie je také odlišná. (Bajo 1994 in Valenta a kol., 2012: 54)

*„Stáří patří k rizikovým faktorům, ale demence není součástí normálního stárnutí.“* z toho důvodu není úplně v pořádku hovořit o stařecké demenci popisuje Janečková. (in Matoušek a kol., 2013: 397) Dále zmiňuje, že dříve byla demence, která se objevovala ve vyšším věku

podceňována a označována za sklerózu, která se považovala za normální součást stáří. Rozděluje demenci na 3 fáze. V první fázi je demence těžko rozpoznatelná například s depresí, která přichází z důvodu nastupující zmatenosti, ztrátou sebedůvěry se stále častějšími selháváními, ztrátou identity, vztahů a zapomínáním minulosti. Ve druhé fázi dochází ke stanovení diagnózy, kde to, jak bude člověk schopen bojovat se svou situací, značně souvisí s jeho sociálním a fyzickým okolím, které mu pomůže toto postižení zvládat. Třetí fázi doprovází uzavírání se člověka sama do sebe, kontakt s prostředím je minimální, zůstávají jen základní potřeby, nevytrácí se ale potřeba zachování lidské důstojnosti, vnímání lidské blízkosti, prožívání pozitivních emocí a touha netrpět bolestmi. S každou fází přicházejí jiné nároky na péči o osobu trpící demencí. (Matoušek, 2013: 397)

### 3. Člověk s mentálním postižením a stáří

V předchozí kapitole jsme se seznámili se základními pojmy, které souvisejí s osobami s mentálním postižením. V této kapitole se budeme zabývat tím, co se děje, když osoby s mentálním postižením stárnou. Stejně jako v nepostižené populaci, i u mentálně postižených razantně stoupá počet starých spoluobčanů, a tím jsou také kladeny nové požadavky na personál, neboť podle některých údajů počet šedesátníků tvoří dnes v zařízeních již čtvrtinu obyvatel. Dle AAMR „*V současné době se odhaduje, že na světě žije 600 000 až 1,6 milionu osob s mentálním postižením a dalšími psychickými poruchami (např. s autismem) ve věku nad 60 let. Předpokládá se, že v roce 2030 by populace osob s tímto typem postižení měla představovat kolem 7 milionů osob.*“ (AAMR 2006 in Černá, 2015: 205)

Ještě na konci 20. století umírali lidé s mentálním postižením relativně mladí. Důvodem stoupaní počtu starších mentálně postižených může být kupříkladu to, že medicínská úroveň je mnohem lepší a pokroková, strava těchto lidí je jiná a v posledních letech nebyla v České republice žádná válka, ve které by tito lidé byli vyvražďováni. To s sebou přináší zvýšený zájem o poskytované služby těmto lidem v období stáří. Černá se ve své publikaci ptá tímto způsobem: „*Otázka, která se tu nabízí, zní, nakolik je společnost připravena se postarat o tyto své spoluobčany. Patří staří občané s mentálním postižením mezi cílové skupiny poskytovatelů služeb? A co vůbec víme o procesu stárnutí u osob s mentálním postižením?*“ (Černá 2015: 205).

V současnosti se délka života osob s mentálním postižením prodloužila až na délku téměř stejnou jako u běžné populace, popisuje Černá, dále také uvádí: „*I choroby vyskytující se u starých osob běžné populace, mezi které patří onemocnění srdce, cukrovka, poruchy sluchu a zraku, osteoporóza, se u osob s mentálním postižením v období stáří vyskytují stejně často. Totéž platí i pro rizikové faktory v oblasti zdraví (vysoká hladina cholesterolu, vysoký krevní tlak, kouření atd.)*“ (AAMR 2006 in Černá 2015: 205)

Dále je v odborné literatuře uváděno také to, že na rozdíl od nepostižené populace se u osob s postižením dostavuje pokles fyzického a psychického potenciálu o pět až deset let dříve než u ostatní populace. Je vyžadována větší ošetrovatelská péče a celková péče o tyto osoby.



Kvalita života ve stáří se mění, jelikož stáří s sebou přináší změny, a na tyto změny je zapotřebí připravenost, ta bývá u mentálně postižených často podceňována. V následujících podkapitolách bych se chtěla zaměřit na jednotlivé úrovně, problémy a sféry, ve kterých můžeme pozorovat proces změn při stárnutí osob s mentálním postižením.

### **3.1.Stáří**

Stárnutí můžeme dělit na několik typů. Zde chci uvést typy stárnutí dle Malíkové. Prvním typem je přirozené kalendářní stáří. Dotýká se nás všech. To, jak je kdo starý, se dočteme v našich průkazech, podle této kategorie se určuje například plnoletost nebo důchodový věk. Dalším typem je biologické stáří, které prožíváme tím, jak naše tělo stárne každým dnem už od narození. Snažíme se konat takové činnosti, abychom nestárli rychle, jako například to, že se snažíme cvičit nebo korigovat stravu podle toho, jak potřebuje naše tělo, aby bylo zdravé. Otázkou zůstává, nakolik je toto možné u osob s mentálním postižením. Je to záležitost individuální a také genetická. V neposlední řadě je to psychologické stáří, které se řídí podle toho, jak dalece jej člověk vnímá a cítí, a nakolik jsou stářím ovlivněny jeho mozkové buňky. Na rozdíl od biologického stáří se v dnešní době již vzdalujeme klíše, které panovaly o stáří dříve. Posledním typem stáří, který bych chtěla zmínit, je stáří ve smyslu společensko-sociálním faktoru. Jednotlivec a jeho postupné vyrovnávání se se snižováním sociálních a osobních vztahů nebo dobrovolné distancování se od skupiny. (Malíková, 2011: 14-15)

#### **3.1.1. Diagnostika stáří u osob s mentálním postižením**

V České republice ani v ostatních zemích nejsou přesné statistiky, kolik procent z celkové populace je osob s mentálním postižením, jelikož nikde není povinnost toto uvádět, lékaři jsou vázáni lékařským tajemstvím, a navíc povinné uvádění tohoto statusu by nebylo v souladu se snahou o integraci těchto osob do společnosti. Nemůžeme proto přesně určit ani z počtu, které k dispozici máme, jestli jsou to osoby, které již dosáhly hranice seniorského věku 65 let. Proces a počátek stárnutí je u každého tohoto jedince individuální a podmiňují jej rozličné aspekty. Z těchto důvodů mohou spadat do kategorie osoby, které jsou starší 65 let, ale stejně tak osoby mladší například ve věku od 45-50 let, u kterých dochází ke

zřetelným znakům stárnutí. Například změna kůže, zpomalení reakcí, nástup demence apod. (Křížková a kol., 2012: 21)

Černá ve své publikaci uvádí, že diagnostika mentálního postižení ve stáří je náročnější jelikož: „*Ve stáří je závažným problémem výrazně nižší schopnost adaptability postiženého člověka. Častým subjektem speciálně pedagogické péče jsou tu lidé po mozkových příhodách, kde kromě omezení hybnosti je porušena i řeč v důsledku afázie. U řady z nich dochází také k projevům demence či psychických chorob.* Dále říká, že je nutné zaměřit se na fyzický stav jedince, například jestli došlo k poškození mozku, funkčnost jednotlivých smyslů, ovlivnění motoriky těchto osob apod. (Černá 2015: 178)

Jak píše Vágnerová (2004, dle Černá 2015: 206), stárnutí osob s mentálním postižením je dáno etiologií jejich postižení. Hovoříme-li o lidech s Downovým syndromem, je zde třeba zmínit, že mluvíme o předčasném stárnutí, jelikož první známky stárnutí se u nich projevují již mezi 40.-50. rokem života.

### **3.2. Omezení a ztráty**

V souvislosti s věkem dochází k omezením v různých oblastech. Člověk ztrácí fyzické síly a není schopen se učit novým věcem takovým způsobem, jakým byl zvyklý učit se dříve. Starý člověk v mnoha případech není schopen reagovat na nové situace nebo se jim přizpůsobit, a proto je mu třeba pomoci. Redukují se jeho sociální kontakty z toho důvodu, že mnoho blízkých a známých ve stejném věku umírá a navazovat nové kontakty je pro tyto osoby složitější, jelikož jejich sociální život je omezenější. Omezuje se také komunikace z důvodu zhoršení sluchu, artikulace a celkové koncentrace. Dochází ke zhoršení mobility, a tím se zvyšuje závislost na okolí. (Křížková a kol., 2012: 21)

#### **3.2.1. Identita člověka**

Ztráta identity se pojí se změnou životního rytmu, ztrácí se nebo se mění životní cíle, kupříkladu u člověka bez postižení dochází k tomu, že z člověka uznávaného se stává člověk opomíjený, u osob s postižením to může být omezování v jejich vlastním rozhodnutí, kdy jejich „ne“ znamená pro pracovníky spíše trucovitost než právo říci ne tomu, co dělat nechtějí. Další změnou může být prostředí, pokud se jednotlivec dostává ze svého prostředí

do nového domova nebo pokud začíná využívat novou službu z důvodu potřeby zvýšené péče nejen zdravotní o vlastní osobu. Křížkovská zmiňuje, že je důležité všimnout si, jak probíhá vyrovnávání se s procesem stárnutí, protože „u osob, které svůj život prožily v některém z ústavních zařízení, je situace ještě závažnější. V důsledku probíhajícího procesu transformace se mohou „na stará kolena“ dostat do zcela nového sociálního prostředí, ve kterém se nemusí dostatečně orientovat.“ (Křížkovská a kol., 2012: 22) V neposlední řadě je pro člověka velkou změnou i to, že může být omezen v soběstačnosti a vlastním rozhodování a tuto oblast přebírá druhá osoba. Pro mnoho lidí je těžké přijmout určité omezení finanční, jelikož v důsledku mnoha změn, ať už zdravotních nebo psychických, přicházejí větší výdaje na zdravotní potřeby a jiné.

Podle Janečkové je několik kritických bodů v sociální práci se seniory. Mezi nimi píše o tom, jak jsou sociální změny v životě seniora těžké. Zmiňuje, že velké změny přináší zprerhání sociálních vztahů, jako je například změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Seniorům se hůře adaptuje na nové prostředí a na novou sociální síť. (in Matoušek eds, 2010: 164) Toto platí i u osob s mentálním postižením v seniorském věku. Pokud by se klienti měli na stáří stěhovat ze známého prostředí, kterým je pro ně sociální služba, ve které tráví většinu svého života je to pro ně z hlediska adaptace a zvykání si na nové prostředí velmi náročné, jak popisuje Křížkovská.

### **3.2.2. Potřeba péče**

Zdravotní péče a sociální práce by měly v těchto případech spolupracovat a poskytovat své služby souběžně. Sociální pracovník by měl ovládat takové dovednosti, aby byl schopen navazovat s klienty kontakt a uměl rozpoznat potřeby těchto klientů. Základem sociální práce se seniory a lidmi s mentálním postižením je v navázání vztahu a důvěry, kdy se klient cítí bezpečně a má pocit jistoty, jelikož takové potřeby patří mezi nejzákladnější těchto klientů. „Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli, s jeho podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem.“ (Matoušek eds, 2010: 164)

Situace u mentálně postižených vůči nepostižené populaci je ještě více znevýhodněna, navíc životní prognózy jsou nižší a životní situace kritičtější. Na znatelné rozdíly mezi lidmi bez postižení a lidí s mentálním postižením se zaměříme ještě konkrétněji v následující kapitole.

### **3.3. Znatelné rozdíly mezi lidmi bez postižením a lidí s mentálním postižením**

V této části bude zmíněno několik znatelných rozdílů ve stárnutí mezi lidmi bez postižení a lidmi s postižením. Víme, že u osob v seniorském věku jsou mnohem čtenější zdravotní potíže a různá onemocnění než u osob mladších. Také je všeobecně známo, že osoby s mentálním postižením mají mnoho dalších přidružených onemocnění, ty se stávají také mnohem čtenější a náročnější s jejich stárnutím. Jelikož o této problematice se zmiňuje především Křížkovská ve své publikaci a zaobírá se touto problematikou, jako jedna z mála autorů, čerpám především z její knihy *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*.

#### **3.3.1. Hledání diagnózy**

Křížkovská ve své publikaci uvádí, že u osob s mentálním postižením se ke klasickým projevům stárnutí, jako jsou například hypertenze, obezita, diabetes apod. přidávají jejich specifické potřeby. Proto se u dospělých osob s mentálním postižením může stát, že k určení diagnóz dochází mnohem později v jejich pokročilém stádiu než u osob, které tyto problémy nemají, jelikož často naráží na problémy v komunikačních schopnostech. Podle Křížkovské by byla ideální situace, kdyby tato vyšetření probíhala lékařem, který je zvyklý vyšetřovat a komunikovat s dospělými lidmi s mentálním postižením, to je ale v českých podmínkách téměř nespílitelné přání. V současné době fungují lékařské vyšetření tak, že klienti dojíždějí k praktickým lékařům pro dospělé do jednotlivých lékařských ordinací, což je výborné pro integraci těchto lidí do společnosti, ale také musíme upozornit na možné problémy s mobilitou těchto osob, v komunikaci s lékařem a možné zkreslení lékařského vyšetření. (Křížkovská a kol., 2012: 21)

### 3.3.2. Délka života

Znatelným rozdílem mezi lidmi s postižením a bez postižení je délka života. „*Stárnutí osob s mentální retardací přichází dříve než u osob bez zdravotního postižení. Také je spojeno s úbytkem fyzických sil.*“ (Křížkovská a kol., 2012: 23)

Podle Malíkové mezi charakteristické rysy stárnutí patří pokles kognitivních a gnostických funkcí, přičemž se více objevuje zapomínání, problémy v oblasti pozornosti a zájmu, a naopak ztrácí se schopnost rozpoznávání. Jedním z dalších charakteristických rysů je snížení fatických funkcí, které se projevují ve snížení komunikačních schopností, kdy má klient problém s vyjadřováním a různými poruchami v řeči. Stárnoucí lidé s mentálním postižením jsou emočně labilnější, mnohem více a častěji se u nich střídá nálada. Jejich chování se komplexně mění, více zapomínají, mohou být agresivnější a podrážděnější, protože to, co jim šlo, zapomínají. Kvůli změnám po fyzické stránce již některé činnosti nejsou schopni zvládnout. Pro tyto osoby je těžké smířit se s nastalými situacemi, je zde proto zvýšená potřeba komunikace. Díky všem těmto aspektům se zmenšuje zájem o aktivity. U osob s mentálním postižením je zvláště nápadná ztráta jimi preferovaných zájmů, mění se potřeby a jejich pořadí. (Malíková, 2011: 21)

### 3.3.3. Socializace a očekávání společnosti

U osob s mentálním postižením je také zvýšená potřeba a sugestibilita na blízkých osobách a také na osobách, které jsou jim příjemné, což mohou být například sociální pracovníci, klíčoví pracovníci, dobrovolníci apod. Další z obtíží u stárnoucích osob s mentálním postižením je jistá snaha o ochranu těchto osob před negativními zprávami a informacemi. Každý z nás přijímáme dobré i špatné zprávy, ale u osob s mentálním postižením se stává, že se jim poskytují jen zprávy pozitivní, zatímco negativní se před nimi tají, což má pak další následky na to, že se neumí smířovat s věcmi, které jsou těžké, jako je například stárnutí, omezování způsobené věkem či smrt. Reakce těchto lidí je potom zvýšená díky kognitivním obtížím, komunikativním problémům a také kvůli nízkému sebevědomí. (Křížkovská a kol., 2012: 22)

Křížkovská dále zmiňuje problematiku očekávání a představ společnosti, jako je například ekonomická zátěž, obavy, které vyplývají z neznalosti osob s mentálním postižením, a dále

je to velmi známý ageismus, který se v naší společnosti rozrůstá. Křížkovská toto nazývá duálním předsudkem. Když se podíváme do historie, setkáváme se s názorem, že nejlépe bude těmto lidem, tedy dospělým a stárnoucím osobám s mentálním postižením, v zařízení sociálních služeb. Toto tvrzení ale postupně mizí. Také je důležité, aby sociální pracovníci ve službách přistupovali k těmto lidem optimálně k jejich vyššímu věku. Je potřebné zvyšovat povědomí o mezigenerační solidaritě. V dnešní době se klade velký důraz na výkon, úspěšný život, znalost komunikačních technologií a jejich ovládání a velké osobní cíle. Musíme pamatovat na to, že i osoby s mentálním postižením, také stárnoucí osoby mohou mít stejné cíle, ale jejich prosazování je daleko obtížnější. Stejně tak mohou mít naprosto odlišné hodnoty a cíle, které musíme respektovat a pomoci jim je naplňovat, i když neodpovídají „společenským standardům“. (Křížkovská a kol., 2012: 25)

Křížkovská dále uvádí, že: „...*drtivá většina dospělých osob s mentálním postižením nedisponuje dostatečnými informacemi o smrti (nejen sebe sama, ale i svých blízkých). Proto je třeba vytvořit nové koncepce, které by podpořily zdravé stárnutí osob s mentálním postižením a další aspekty zasadit do kontextu jejich celoživotního učení.*“ (Křížkovská a kol., 2012: 25)

Můžeme říci, že mnohým problémům by se dalo předejít právě novými koncepcemi, které by podpořily stárnutí těchto osob, ale také vhodně zvolenými alternativními terapiemi, které se používají při práci se seniory, například reminiscence, validační terapie apod. Dále je potřeba upozorňování a zkoumání situací, kdy se osoby s mentálním postižením dožívají seniorského věku. Hledat způsoby práce s nimi tak, abychom jim byli schopni pomoci vyrovnat se změnami k dosažení jejich fyzického i duševního klidu a vyrovnanosti. (Křížkovská a kol., 2012: 25)

V literatuře toho není mnoho, co se můžeme dozvědět o problematice stárnoucích osob s mentálním postižením, proto jsem se rozhodla udělat výzkum pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky ve službách, kde se s touto problematikou setkali, abych zjistila, jaké je to v praxi v těchto sociálních službách, a jestli praxe odpovídá tomu, co je uváděno v literatuře.

## Výzkumná část

Teoretická část této práce definuje sociální služby poskytované osobám s mentálním postižením, kterými se dále budu zabývat v praktické části, jelikož právě v těchto sociálních službách probíhal výzkum problematiky osob s mentálním postižením v seniorském věku. Teoretická část také popisuje osoby s mentálním postižením jako takové, dále postup stáří osob s mentálním postižením a jednotlivé ztráty a obtíže s tím spojené. Praktická část bude odpovídat na hlavní otázku, která je v cíli mé práce a to, jestli a jak se s tím potýkají samotné sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení.

### 4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Než zahájíme samotný výzkum, je důležité stanovit si cíl, kterého chceme pomoci výzkumu dosáhnout, jak píše Reichel „*cíl výzkumného úkolu určuje, čeho má být jeho splněním dosaženo.*“ Obvykle není jen jeden cíl vyřešení daného výzkumného problému, ale také je důležitá forma prezentace výsledků, způsob jejich aplikování v praxi a také doporučení dalšího výzkumného procesu. To vše je důvodem, proč nebývá často definován jen jeden, ale více cílů. (Reichel, 2009: 47)

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny.

Hlavní výzkumná otázka zní takto: „*Jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny?*“

V souladu s cílem, hlavní výzkumnou otázkou jsou stanoveny další dílčí oblasti zkoumání:

1. Specifika klientů, kteří dosáhli hranici věku
2. Způsoby poskytování služeb klientům, kteří dosáhli hranici věku
3. Změny v celkové struktuře služby, ve které klient dosáhl hranici věku

## **5. Metodologie**

### **5.1. Kvalitativní výzkum**

Jako hlavní metodu výzkumu jsem pro svou práci zvolila kvalitativní výzkum. Vybrala jsem si kvalitativní výzkum, jelikož je charakteristický tím, že výzkumník se snaží o ucelený pohled na zkoumaný předmět, na jeho kontextovou logiku, explicitní a implicitní pravidla, které jsou uplatňovány v dané oblasti. Typy dat obsahují poznámky z rozhovorů, osobní komentáře, dokumenty, fotografie i audia a všechno to, co nám určitým způsobem přibližuje, jak lidé, kteří jsou předmětem zkoumání, žijí. Hlavním úkolem výzkumníka je ozřejmit, jak se lidé v daném prostředí adaptují na to, co se s nimi děje, proč jednají takovým způsobem, který je pro ně charakteristický, a jak organizují svůj svět. Kvalitativní výzkumník se nesnaží o sestavení skládky, jejíž finální tvar předem zná, ale spíše se snaží o sestavení obrazu, který se formuje v rámci zkoumání dané problematiky. (Hendl, 2016: 47-48)

Dalším z důvodů, proč jsem si vybrala kvalitativní výzkum je ten, že v rámci mého výzkumu jsem měla malý počet respondentů, konkrétně sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, kde žijí i osoby s mentálním postižením v seniorském věku, což je právě pro tento druh výzkumu charakteristické. Pro kvalitativní přístup jsou dle Miovského (2006) také charakteristické tyto termíny: jedinečnost a neopakovatelnost, kontextuálnost, procesuálnost, dynamika a reflexivita. To vše jsem ve svém výzkumu zachytila.

### **5.2. Technika výběru a charakteristika výzkumného souboru**

Pro výběr výzkumného vzorku jsem použila metodu účelového výběru, kdy výběr je iniciován pouze z úsudku výzkumníka, který ví, co by mělo být pozorováno, a také o tom, co je možné pozorovat. Při použití této metody musí výzkumník pochopitelně, přesně a zjevně vymezit skupinu, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje. (Disman, 2000: 112-113) Pro svůj výzkum jsem stanovila předem danou strukturu výběru výzkumného vzorku. V rámci účelového vzorkování dle Hendla, kdy si vybíráme z informačně bohatých případů, které nám pomůžou prohloubit studium dané problematiky, jsem zvolila kriteriální vzorkování, kdy jsem na základě určitých kritérií vybrala vzorek zkoumaných sociálních služeb. (Hendl, 2016)



Na výzkumu této bakalářské práce se participovaly celkem 4 sociální služby. Při jejich výběru jsem pro výzkum použila registr poskytovatelů sociálních služeb, kde jsem nejdříve zkoumala, kolik ze sociálních služeb je omezeno věkem. Dále jsem vybrala takové sociální služby, u kterých bylo uvedeno, že jsou omezeny seniorským věkem, tedy nejčastěji do 64 nebo 65 let.

Kritéria, podle kterých jsem vybírala účastníky výzkumu, byly tři.

- Prvním kritériem bylo, aby to byly pobytové sociální služby domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) a chráněné bydlení (CHB).
- Druhým kritériem bylo najít takové DOZP a CHB, které měly věkové omezení. Tedy nejčastěji uváděné rozpětí v registru poskytovatelů sociálních služeb bylo od 18-64,65 let.
- Posledním kritériem, které určovalo výběr mého výzkumného vzorku, bylo, jestli se sociální služba potýkala s takovou situací, kdy klient došel seniorského věku ve službě nebo se seniorskému věku jejich klient alespoň blíží nebo přiblížil. Což jsem zjistila v úvodním rozhovoru se sociální službou.

Podle registru poskytovatelů sociálních služeb je v Moravskoslezském kraji 25 DOZP a 33 CHB. V těchto službách bylo uváděno věkové rozpětí od 18 let, od 18-64, 18-65, 64-80 a nad 80 let aj. Vybírala jsem pouze ty služby, které měly uvedeny hraniční věk, který se blížil seniorskému věku, a neměly v registru uvedenou navazující sociální službu např. DOZP pro osoby nad 80 let. Oslovila jsem celkem 11 DOZP a 10 CHB, z čehož se mi podařilo udělat rozhovor pouze se třemi sociálními pracovníky z DOZP, jelikož 4 DOZP odmítly poskytnout informace a rozhovory a 4 další zase uvedly, že věkový průměr v jejich službě je cca 30 let. Podobně probíhalo oslovování CHB. Zde se mi podařilo domluvit jedno setkání, přičemž 5 CHB mi odpovědělo, že jejich věkový průměr je opět u všech cca 30 let, další 3 odmítly poskytnout rozhovor a 1 služba přestala bez uvedení důvodu komunikovat.

Ve své bakalářské práci se budu snažit uvádět informace tak, aby sociální služby případně klienti zůstali neidentifikovatelní a aby byla zachována maximální anonymita. Velmi si vážím všech sociálních pracovníků, kteří mi byli ochotni poskytnout rozhovory.

### 5.3. Struktura otázek pro respondenty

Pro účely výzkumu toho, jak sociální služby řeší situace, kdy se jejich klienti dožívají seniorského věku, je stanovena hlavní výzkumná otázka: *Jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny?*“

V souladu s cílem a hlavní výzkumnou otázkou jsou stanoveny tyto dílčí oblasti zkoumání:

1. Specifika klientů, kteří dosáhli hranici věku
2. Způsoby poskytování služeb, kteří dosáhli hranici věku
3. Změny v celkové struktuře služby, ve které klient dosáhl hranici věku

Jsou zde specifické otevřené otázky, které podle Miovského „účastníky vedou ke strukturovanějším odpovědím a které nám objasňují více kontextuálních informací a přiblíží nám například motivy, pocity, dojmy a úsudky atd.“ (Miovský, 2006, s. 171)

#### 5.3.1. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jak často se setkáváte se situací, kdy klient vaší služby dosáhne hranici věku?
  - a. Kolik osob z celkového počtu klientů?
  - b. Kolik let má váš nejstarší klient?
  - c. V jakém věku začínáte pozorovat přicházející seniorské příznaky klientů?
2. Jaké vnímáte rozdíly mezi vašimi mladšími klienty a klienty v seniorském věku?
  - a. Jaký rozdíl je v péči?
  - b. Jaký je rozdíl v metodách práce s těmito klienty?
  - c. Jaký je rozdíl v provozních a organizačních požadavcích u těchto klientů?
3. Jak řešíte situace, kdy klient přesáhne oficiální hranici věku cílové skupiny (věku 64 let), která je ve vaší sociální službě stanovena?
  - a. Jak tuto situaci řešíte s klienty a s jejich opatrovníky?
4. Jak konkrétně je potřeba službu mentálně postiženým seniorům přizpůsobit v následujících oblastech?
  - a. Doprovázení x samostatnost
  - b. Potřeba společenství x soukromí
  - c. Osobní hygiena
  - d. Zdravotní služba

- e. Vybavenost sociální služby
5. Plánujete ve vaší službě nějaké konkrétní změny v následujících letech v těchto oblastech?
  6. Jaký vliv má stárnutí mentálně postižených klientů na personální zajištění a kompetence personálu?
    - a. Jak se mění náročnost a požadavky na zaměstnance v péči o tyto klienty?
    - b. Myslíte si, že vám chybí specifické kompetence k poskytování služby těmto klientům?
    - c. Je možnost nějakých vzdělávacích programů v oblasti stárnutí osob s mentálním postižením v sociálních službách? Pokud ano, využíváte je?
    - d. Jaký typ vzdělávacích programů by pro vás byl nápomocný při řešení této situace?

#### **5.4. Etické rozměry výzkumu**

Dle Švaříčky je nutné řešit etické otázky prakticky u každého výzkumu. Výzkumníci by měli dbát a zabírat se etickými souvislostmi a aspekty, které při výzkumu vyplynou, ať už dělají výzkum s jakoukoli cílovou skupinou. Je potřeba zvažovat důsledky výzkumu, zejména při uveřejnění závěru. To by podle něj mělo patřit k náležitostem každého kvalitativního výzkumu, který se zabývá člověkem a jeho působením. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2014: 43)

Před každým rozhovorem jsem se sociálními pracovníky sjednávala setkání většinou pomocí e-mailů. V těchto e-mailech jsem samozřejmě představila samu sebe, co studuji, a za jakým účelem jim píši. Často jsem byla odkázána na vedení služeb, které jsem žádala o souhlas k poskytnutí rozhovoru. Vždy jsem ujistila respondenty o tom, že jejich odpovědi jsou anonymní a budou použity pouze k účelu mé bakalářské práce, a po zjištění výsledků a ukončení celého výzkumu budou veškeré poznámky a nahrávky smazány a nebudou nijak zneužity.

Jako odměna je respondentům po obhájení přislíben přístup k bakalářské práci, pokud budou mít zájem si výsledky výzkumu prostudovat.

## 5.5. Metoda sběru dat

Sběr dat probíhal od listopadu 2018 do března 2019 se čtyřmi respondenty, které jsem oslovila elektronicky i osobně. Jakmile respondent souhlasil se zapojením do výzkumu, bylo do týdne domluveno setkání a uskutečněn rozhovor. Metodou kvalitativního výzkumu jsem zvolila strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Dle Hendla se jedná o rozhovor, který se sestává z řady formulovaných otázek, na něž mají respondenti odpovědět. Tento typ rozhovoru je vhodný, pokud nemáme možnost jej opakovat, a odpovědi se mají srovnávat. (Hendl 2016: 177-178)

Miovský dále popisuje, že jde vůbec o nejrozšířenější metodu rozhovoru. Vytváříme si v něm určité schéma, které je pro nás závazné, a toto schéma specifikujeme několika danými otázkami, kterými se budeme účastníků ptát. U takového rozhovoru máme většinou definováno tzv. jádro interview, které specifikuje minimum témat a otázek, které má tazatel povinnost probrat. (Miovský, 2006: 159-160)

V souladu s etickými zásadami byly uskutečněny 4 polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami, které trvaly v průměru necelou hodinu. Osobně jsem znala jen dva respondenty, s kterými jsem si tykala, s ostatními respondenty probíhal rozhovor naprosto formálně. Všechny rozhovory probíhaly v těch sociálních službách, ve kterých respondenti pracovali.

Dva rozhovory, které nebyly nahrávané na diktafon nebo jiné nahrávací zařízení, z toho důvodu, že respondenti nechtěli rozhovor nahrávat, jsem musela psát do sešitu, který jsem měla připravený. I přesto, že píšu docela rychle, bylo zaznamenávání rozhovorů náročné. Musela jsem se soustředit na to, co mi respondenti říkají, ale zároveň jsem musela přemýšlet nad dalšími otázkami a všechno zapisovat. Tato metoda ale měla také své výhody, jelikož v době, kdy respondenti čekali, až si jejich odpovědi zapíšu, měli čas nad svými odpověďmi přemýšlet, případně je pozměnit. Psala jsem si pouze odpovědi, které se přímo týkaly tématu. Po příchodu domů jsem si zápis znovu pročetla, přepsala do notebooku a doplnila informace a postřehy, které jsem nestihla zapsat při rozhovoru.

Podle Miovského jsou čtyři fáze:

#### 1. Přípravná a úvodní fáze

- Zahrnuje čas přípravy otázek, dále navázání kontaktu s potenciálním účastníkem, který musí respektovat všechny základní etické požadavky. Je to o šikovnosti výzkumníka. Uměním je začít rozhovor a zaujmout a získat pozornost účastníka. Patří zde udělení souhlasu účastníka. Je důležité, aby se tazatel choval co nejvíce přirozeně a komunikace byla přiměřená situaci.

#### 2. Vzestup a upevnění kontaktu

- Je to část, kdy se tzv. „zahřívacími“ otázkami snažíme „zvyknout si“ na komunikační úroveň tak, aby byla přijatelná pro tazaného, a současně umožňovala zjišťovat tazateli potřebné údaje pro výzkum. Měli bychom se zde dostávat k jádru rozhovoru, které je složené z hlavních otázek, na které je výzkum zaměřen. Přechod by měl být plynulý, nenásilný a tazatel by jej měl vhodně načasovat.

#### 3. Jádro interview

- Jádro tvoří tematické okruhy, které jsou ve výzkumu přímo spojeny s jeho cíli a výzkumnými otázkami. Jde zde o soubor nejhlavnějších témat. V průběhu jádrové fáze rozhovoru používáme metodu propojování podávaných informací s konkrétní zkušeností. Při této technice vyžadujeme, aby nám tazaný vysvětlil, na základě čeho se domnívá, že jsou situace takové, jak je popisuje.

#### 4. Závěr a ukončení

- Závěrečná fáze interview bývá v praxi občas podceňována. Neukončujeme pouze výzkumnou situaci, ale ukončujeme lidské setkání, a na tento fakt bychom neměli zapomenout. Profesionalitu tazatele poznáváme často právě na tom, jak dokáže rozhovor ukončit. (Miovský, 2006: 163-169)

## 5.6. Postup analýzy dat

V rámci toho, že jsem měla některé rozhovory zpracovány v písemné podobě, nebylo již data potřeba nějakým způsobem fixovat, jelikož takové slovo, které již bylo napsáno, je fixované, a může se tudíž podrobit analýze (Mioviský, 2006: 197) Další data, která byla pořízena nahrávkou, jsem zpracovala technikou shrnujícího protokolu. (Hendl, 2016: 213-214) A to z toho důvodu, že jsem rozhovory pořízené audionahrávkou nepřepisovala celé, jelikož ne vše, co bylo v rozhovoru řečeno, bylo pro výzkum podstatné. Po ukončení rozhovoru a následném poslechu nahrávky jsem se snažila co nejdříve vytvořit určité shrnutí a zpracovat ty informace, které byly pro výzkum důležité.

Takto upravené verze jsem dále analyzovala pomocí přístupu označovaného jako zakotvená teorie, kterou vyvinuli Strauss a Glaser (1967). Hendl píše, že: „*Zakotvená teorie je návrhem hledání specifické „substantivní“ teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby.*“ Teorie, která vzniká, je založená na datech, které vyvstanou během výzkumu, teorie nemůže vzniknout z nezpracovaných dat, ale je třeba jim přidělit kódy, jak tvrdí Strauss a Corbinová (1990). Tito autoři také rozlišují tři cesty, jak pracovat s analyzovaným textem, a to otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování. Tyto postupy se mohou používat dohromady, představují několik způsobů, jak lze zacházet s textovým materiálem. Celý proces je propojen s tvorbou poznámek, které jsou podkladem pro zdůvodnění vznikající teorie. (in Hendl 2016: 251)

Prvním prozkoumáváním dat se provádí otevřené kódování, v této fázi probíhá označování a kategorizace pojmů, jejich detailním studiem. Cílem otevřeného kódování je tematické rozkrytí textu pomocí těchto kategorií, které se odvíjí od cílů výzkumu a mají k nim vztah. V průběhu axiálního kódování je nucen výzkumník zvažovat příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy, z kterých následovně tvoří „osy“ tak, aby propojovaly kategorie a subkategorie, které byly vytvořeny během otevřeného kódování. Výzkumník musí umět odhalit vztahy mezi různými kategoriemi, k tomu musí mít znalost teoretického rámce, který mu doporučí, které data lze mezi sebou smysluplně propojit. (Hendl 2016: 251-253)

V další části se již budu věnovat interpretaci zanalyzovaných dat v jednotlivých kategoriích a subkategoriích, jejími dílčími závěry a následnou analýzou, jak je popsáno výše.

## 6. Interpretace získaných dat

### 6.1. Specifika klientů, kteří dosáhli hranici věku

#### Charakteristika služeb

Při specifikaci klientů, kteří dosáhli nebo se alespoň přiblížili hranici věku sociální služby, jsem nejprve potřebovala odpověď na základní otázku, jak často se sociální služby potýkají s touto situací a v jakém množství. Sociální služby odpovídaly takto:

*„V současné době nemáme ve středisku žádného klienta – seniora s mentálním postižením, avšak jeden klient se blíží k seniorskému věku.“*

*„Nemáme ve středisku klienty, kteří by byli v seniorském věku od 65 let nahoru, ale máme jednoho, který se k tomuto věku blíží, a pozorujeme u něj projevy stáří mnohem intenzivněji než u mladších klientů.“*

*„Ano, od 60 let a výše je to 6 klientů v chráněném bydlení.“*

*„Přímo v seniorském věku žádného klienta nemáme, ale máme klienta, který se k seniorskému věku blíží.“*

Z toho vyplývá, že aktuálně tuto problematiku sociální služby neřeší, ale brzy tato situace nastane, jelikož na otázku, jak starý je jejich nejstarší klient, a v jakém věku si začínají všimnout seniorských příznaků, se dozvídáme, že je to velmi individuální.

*„Nejstaršímu klientovi je 53 let. Momentálně nepozorujeme u žádného klienta významné seniorské příznaky.“*

*„Náš nejstarší klient má 58 let a u něj pozorujeme projevy stáří mnohem intenzivněji než u mladších klientů. Řekly bychom, že pozorujeme, že naši klienti začínají mít seniorské projevy kolem 40 let věku.“*

Jedno z DOZP a v chráněném bydlení se shodli, že tyto příznaky stárnutí jsou individuální z důvodů diagnóz, léků a dalších přidružených nemocí.

*„Tento rok bude mít nejstarší klient 65 let. S tím, že mají mentální postižení, jsou hodně ovlivněni léky a demencí. Řekly bychom, že po 50. roku věku už vidíme, že se u těchto klientů zhoršuje motorika a tyto věci.“*

*„Nejstarší klient má 59 let. Je to individuální vzhledem k tomu, že mají různé psychiatrické diagnózy a další přidružené nemoci...Naši klienti mívají trvale zhoršený stav už v nižším věku cca kolem 50 let.“*

Odpovědi respondentů se shodují s literaturou, že u osob s mentálním postižením přichází tzv. seniorský věk dříve, a to již mezi 40-50 let věku.

### **Specifikace klientů – rozdíly dle věku**

Abych zjistila, jestli sociální pracovníci vůbec vnímají rozdíly mezi jejich mladšími klienty a klienty stárnoucími, zeptala jsem se jich na to, a pokud nevěděli, snažila jsem se jim napovědět oblastmi jako je péče, metody práce, či provozní a organizační požadavky.

Nejvíce prvotních odpovědí bylo, že žádné rozdíly kvůli věku nevnímají. Pouze v jednom z DOZP byla okamžitá odpověď potřeba zvýšené péče.

*„Největší změnu vidíme v tom, že starší klienti potřebují právě více té péče.“*

Všechny služby se ve svých odpovědích shodly, že pracují s klientem vždy podle jeho individuálních potřeb, a snaží se tedy o individuální přístup.

*„U všech klientů se snažíme o individuální přístup, proto pozorujeme, co klient potřebuje i když stárne, a snažíme se měnit pracovní postup a nové metody práce s ním.“*

*„..., ale přes individuální plán se s tím dá pracovat, ale že by sociální pracovníce něco dělala za klienta, to se nestává.“*

*„...podle rozsahu a stupně postižení, který daný klient má, a s tím související míru dopomoci, která se klientovi individuálně poskytuje.“*

*„Nemáme postup. Potřebná míra pomoci a podpory je vypracována u každého klienta v plánu péče, ..., kterou potřebuje.“*



Respondenti se shodli na tom, že rozdíly vidí především v oblastech zapomínání, ztráty orientace, práce s motivací, a musí více a srozumitelněji vysvětlovat.

*„U starších klientů je třeba pracovat s velkou motivací.“*

*„Mladší klienti jsou více akční, nejsou tak pasivní...“*

*„...ztrácí orientaci ve známém prostředí, je to možná o větším popisování věcí a delším vysvětlování věcí. Zapomínají...“*

## **6.2. Způsoby poskytování služeb klientům, kteří dosáhli hranici věku**

### **Řešení situace přesáhnutí hranice věku**

Všechny DOZP odpověděly, že věk klientů pro přijetí nepřevyšší věk 55 let. Dále se všechny dotazované služby shodly na tom, že nechtějí, aby jejich klienti byli vytrhováni z jejich přirozeného prostředí. Pouze jedna služba odpověděla, že u nich může zůstat za všech okolností.

*„Pokud náš klient v domově zestráne, neřešíme to nějakým „vyhazovem“, ale snažíme se mu službu přizpůsobit.“*

Ostatní 3 se shodly na tom, že klient může zůstat, pokud u něj nedojde ke zhoršení zdravotního stavu.

*„Pokud některý klient přesáhne 64 let věku, může i nadále zůstat klientem střediska, pokud u něj však v průběhu doby nedojde ke zhoršení zdravotního stavu natolik, že tento stav bude vylučovat využívání služby střediska.“*

*„Nevytrhujeme klienta z tohoto prostředí...pokud se opravdu zhorší jejich zdravotní stav...přecházejí do našeho DOZP.“*

*„Klienti jsou ve středisku na dožití...při zhoršení zdravotního stavu je nutná změna sociální služby.“*

Odpovědí na otázku, co se děje, pokud se zdravotní stav opravdu zhorší, mi bylo odpovězeno pouze chráněným bydlením, které mělo tuto situaci zabezpečenou.

*„Pokud se opravdu zhorší jejich zdravotní stav, stane se, že ulehnou nebo nejsou schopni se orientovat v prostředí chráněného bydlení, tak potom se stane, že opravdu přecházejí do DOZP, které je vlastně hned vedle chráněného bydlení. Tím pádem se pro naše klienty nemění celé prostředí, ale jen se přestěhují z jednoho domu do druhého.“*

Ostatní dvě služby odpovídaly, že je tato případná situace pro ně velmi složitá, jelikož neví o žádné navazující službě, která by odpovídala těmto klientům.

*„Pokud střediska nemají možnost se o tyto klienty v seniorském věku starat, není moc možností, kde jinde by měli být umístěni.“*

Problém následného umístění je pro ně z těchto důvodů:

*„Následná péče je jen dočasné řešení a domovy pro seniory mají dlouhé pořadníky, kde není možné umístění hned. Je také problém, že domovy pro seniory nemají cílovou skupinu pro seniory s postižením, ale jen seniory.“*

*„Nehledáme jim domovy pro seniory, ale nemá to stejně cenu, protože lidé s mentálním postižením nejsou cílová skupina domovů pro seniory.“*

Z uvedených odpovědí vyplývá, že další umístění seniorů je pro služby náročné, protože nejsou navazující služby, které by poskytly potřebnou péči těmto klientům, a pokud jsou, tak jsou plné a je jich málo.

### **Způsoby poskytování služeb klientům, kteří se blíží seniorskému věku**

Sociálních pracovníků jsem se ptala na to, jak je třeba přizpůsobovat službu klientům, kteří mají seniorské příznaky. Odpovědi pracovníků se lišily.

Dvě služby se shodly na tom, že klient potřebuje změnu služby.

*„Klient, který už je starší, jezdí méně do návazných služeb... potřeboval také změnu služby ze sociálně terapeutických dílen na denní stacionář.“*

*„Pokud na tom nejsou se schopnostmi tak, aby docházeli do práce, snažíme se, aby docházeli do sociálně terapeutických dílen.“*

Sociální pracovníci zmiňovali i větší potřebu doprovázení, ať už fyzického či slovního.

*„...potřebuje více doprovázet na různá místa a také slovní doprovod při činnostech, které dříve zvládal bezproblémově sám.“*

*„...lékaři chtějí doprovod, protože klientům nerozumí nebo nedokážou komunikovat...lékaři nedokáží komunikovat s mentálně postiženým člověkem.“*

Všichni sociální pracovníci se shodli na tom, že potřeba klientů je individuální a změny taktéž, klient si podle nich může domluvit s klíčovým pracovníkem míru podpory v těch činnostech, ve kterých potřebuje.

*„Záleží, jak si to klient nastaví se sociálním, klíčovým pracovníkem.“*

*„Každému klientovi je služba individuálně přizpůsobena.“*

*„Vše je popsáno v plánu péče u každého uživatele.“*

*„Péči poskytujeme všem klientům. Některým více a některým méně, podle toho, jak potřebují.“*

### **6.3. Změny v celkové struktuře služby, ve které klient dosáhl hranici věku**

#### **Změny**

Další z informací, které jsem zjišťovala, bylo to, zda sociální služby konkrétně plánují nějaké změny v oblastech, ve kterých vidí změny a potřeby stárnoucích klientů. Odpovědí mi bylo u dvou ze služeb, že zatím takové plány nemají.

*„Náš domov zatím nevyžaduje z důvodů stárnutí klientů větší změny. Domov je bezbariérový, máme výtah a kompenzační pomůcky jsou zde a není problém je pořídit. Náš domov je vhodný i pro stárnoucí klienty, proto nevidíme nutnost měnit a přizpůsobovat náš domov ani metodiku.“*

*„Neřešíme tyto věci nějak více dopředu. Opravdu až tehdy, kdy přicházejí nějaké potíže...tak teprve tehdy to začínáme řešit. Přemýšlí se nad*

*projektem, že by se z jedné služby vybudoval domov pro seniory s mentálním postižením. Ale jsou potřeba i další věci, řeší se to na kraji.“*

Pouze jedna služba bude procházet transformací a po ní by měla být těmto klientům dostupnější.

*„Středisko bude v roce 2020 po rekonstrukci, kde budeme přijímat i uživatele s vyšší mírou potřeby, a budeme bezbariéroví. Určitě vyplynou změny..., kde bude potřeba navýšit počet pracovníků a také více individuálního přístupu, co se týká specifických potřeb klientů.“*

Další služba vidí největší potřebu ve vzdělávání pracovníků.

*„Vzhledem k postupnému stárnutí současných klientů vnímá středisko potřebu, aby pracovníci v přímé péči byli v následujících letech průběžně odborně vzděláváni v oblastech týkajících se péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením.“*

### **Zaměstnanci a jejich role**

V rámci změn ve struktuře služby a v souvislosti větší péče o tyto klienty jsem se tázala sociálních pracovníků, co si myslí o tom, jaký vliv má stárnutí klientů na personální zajištění a kompetence jejich pracovníků.

Dvě ze služeb odpověděly, že z hlediska věku klientů nevnímají větší zátěž na personál.

*„Pro pracovníky zatím nevidíme žádnou větší zátěž, jenom v tom, že je u tohoto klienta potřeba více péče, ale zatím je to bez větších obtíží.“*

*„Zatím jsme to nevypozorovali.“*

Jedno z DOZP vidí potřebu ve vzdělávání pracovníků.

*„Zvyšuje se postupem času požadavek dalšího vzdělávání zaměstnanců v této oblasti.“*

Vnímají, že nejvíce poznatků a vědomostí získávají právě praxí. To vyplývá ze všech odpovědí těch služeb, které se s touto situací již setkali.

*„Vnímáme, že se hodně učíme z praxe a ze zkušeností, které se v minulosti staly, proto víme, že musíme myslet dopředu...“*

*„V rámci dalšího vzdělávání je pro ně především přínosné předávání si zkušeností v oblasti péče o výše zmíněnou klientelu.“*

Jelikož sociální pracovníci hovoří o vzdělávání pracovníků, ptala jsem se, zda mají možnost vzdělávacích programů k tomuto tématu. Pracovníci odpovídali následovně:

*„To záleží podle aktuální nabídky dalšího vzdělávání pro pracovníky v přímé péči.“*

*„Máme nějaké vzdělávací programy, které se zabývají demencí, ale spíše se nás vyučující ptají, jak to máme a řešíme v praxi my. Oni nám povídají o demenci teoreticky, ale z praxe toho moc nevědí.“*

*„Vzdělávání pracovníků se týká především lidí s mentálním postižením, jak s nimi komunikovat a věci týkající se pobytu v zařízení. Konkrétně semináře nejsou zaměřeny na seniory s mentálním postižením.“*

*„Loni jsme měli školení ohledně demence, protože právě u těchto klientů ta demence přichází...kurzy nebo školení, které se váží k těmto klientům jsou, a my je využíváme.“*

Z odpovědí vyplývá, že sociální služby nemají možnost se konkrétně o tématu stárnutí osob s mentálním postižením dozvídat a hledat způsoby řešení, jelikož se v této oblasti nenabízí vzdělávací programy.

Z dalších odpovědí ale také vyplývá, že pokud je to možné a je zájem, snaží se přizpůsobovat vzdělávací programy pro své zaměstnance, tak jak potřebují.

*„Máme také nějaké vzdělávací programy, o které si řekneme, aby nám byly „šité na míru“.“*

*„My se snažíme šít na míru vzdělávací programy.“*

Při otázce, jaké typy nebo jaké oblasti ve vzdělávacích programech by pro ně byly v souvislosti s touto problematikou přínosné, odpovědí bylo nejčastěji takovéto:

*„...sexualita, alternativní komunikace, psychohygienu pracovníka, vyhoření, stres apod. Máme dotazníky, kde si sami pracovníci mohou napsat, jaké vzdělávání by chtěli apod.“*

*„Určitě, co se týká zdravotnictví, ošetrovatelské péče. Do budoucna, jak budou stárnout uživatelé i semináře na polohování a další takové oblasti spíše do zdravotnictví.“*

*„Vzdělávací kurzy v rámci akreditovaných vzdělávacích programů, odborné stáže, školicí akce, konference.“*

Z odpovědí sociálních pracovníků vyplývá, že zájem o tato témata jsou také o vzdělávání v těchto oblastech, ale nejsou příliš dostupné. Pokud jsou, nejsou z praxe, ale jen velmi teoretické. Vyplývá z toho proto otázka, zda bychom se nad těmito tématy neměli více zamýšlet.

## 7. Diskuze

V diskuzi porovnám informace obsažené v literatuře s rozhovory realizovanými v rámci výzkumu.

Hlavní výzkumná otázka zní: „*Jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny?*“ Podobně se ptá i Černá ve své publikaci: Pokud sociální služby mají stanovenou věkovou hranici, můžeme si položit otázku z jakého důvodu, a co se tedy děje s klienty, kteří překročili tuto hranici. (Černá, 2015: 205)

Z výše uvedených dat výzkumu se dozvídáme, že sociální služby tuto problematiku příliš neřeší. Své klienty ve své službě nechávají i když přesáhnou hranici věku, která je podle nich pouze orientační. Toto uvádějí ve svých odpovědích všechny dotazované sociální služby. Ovšem pokud dojde k vážnému zhoršení zdravotního stavu, je nutné, aby klienti změnili sociální službu, kde by jim byla poskytnuta kvalitnější zdravotnická pomoc. Toto uvedly dvě z DOZP, přičemž v dalších odpovědích vyplynulo, že je málo návazných služeb a jsou v nich dlouhé pořadníky. Jenom v jednom DOZP pracovnice uvedly, že pro ně není problém, když klient ve službě zůstane, i když se jeho zdravotní stav zhorší a jsou na to připraveni. Dotazované pracovnice z chráněného bydlení odpověděly, že pokud jejich klienti nejsou schopni samostatného života a zvětší se míra podpory klienta, přechází do DOZP, které je hned vedle CHB, čímž se pro něj mění jen budova, ale prostředí zůstává klientovi stejné a dobře známé.

Sociální služby tuto situaci nemají až tak dobře promyšlenou a nezabývají se příliš touto problematikou z toho důvodu, že jejich klienti se teprve blíží hranici cílové skupiny a těch co ji překročili, je málo. Dle Černé v naší zemi nenacházíme mnoho specializovaných služeb, které by se věnovaly problematice stárnoucích osob s mentálním postižením. (Černá, 2015: 206) Z odpovědí respondentů vyplývá, že opravdu není mnoho služeb, na které by se mohli obrátit, pokud by došlo k tomu, že by vznikla jejich klientovi potřeba změny sociální služby. Odpovědí na hlavní výzkumnou otázku tedy může být, že tuto problematiku služby neřeší, ale zároveň musíme dodat slovo prozatím.

Z výzkumu také vyplývá, že sociální služby budou muset v budoucnu tuto situaci řešit z toho důvodu, že jim klienti stárnou a pomalu se blíží seniorskému věku. Jak víme z literatury osoby s mentálním postižením stárnou rychleji, a to také potvrdil výzkum. Křížkovská píše: Proces a počátek stárnutí je u každého tohoto jedince individuální a podmiňují jej rozličné aspekty. Z těchto důvodů mohou spadat do kategorie osoby, které jsou starší 65 let, ale stejně tak osoby mladší, například ve věku od 45-50 let, u kterých dochází ke zřetelným znakům stárnutí. Například změna kůže, zpomalení reakcí, nástup demence apod. (Křížkovská a kol., 2012: 21) Dále je v odborné literatuře uváděno také to, že na rozdíl od nepostižené populace se u osob s postižením dostavuje pokles fyzického a psychického potenciálu o pět až deset let dříve než u ostatní populace. Je vyžadována větší ošetrovatelská péče a celková péče o tyto osoby. Odpovědi respondentů naprosto přesně odpovídají této teorii. Každý ze sociálních pracovníků potvrdil, že klienti s mentálním postižením stárnou mnohem rychleji, začínají vidět seniorské příznaky již ve 40. roku života klienta.

V oblasti vnímání rozdílů u klientů starších a mladších je literatura mnohem rozmanitější než odpovědi respondentů. Shoda byla pouze v některých změnách, jako jsou například rozdíly především v oblastech zapomínání, ztráty orientace, práce s motivací většího a srozumitelnějšího vysvětlování. Nebyla zde žádná zmínka o tom, že by klienti ztráceli kontakty v souvislosti se stárnutím. Jejich identita nebyla žádným způsobem narušena, právě naopak bych řekla, že individuálním přístupem sociálních služeb k jejich klientům zůstává jejich identita zachovávána a potvrzována. V této oblasti se velmi liší chráněné bydlení od domova pro osoby se zdravotním postižením, jelikož v chráněném bydlení je mnohem větší důraz na samostatnost klienta, naproti tomu v domovech pro osoby se zdravotním postižením je míra podpory mnohem větší.

Literatura s praxí se také shoduje na tom, že pro osoby s mentálním postižením, obzvláště pro seniory, je těžké měnit prostředí. Janečková píše o tom, jak jsou sociální změny v životě seniora těžké. Zmiňuje, že velké změny přináší zpretrhání sociálních vztahů jako je například změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Seniorům se hůře adaptuje na nové prostředí a na novou sociální síť. (in Matoušek eds, 2010: 164) Všechny sociální služby odpovídaly tak, že nechtějí, aby jejich klienti museli měnit jejich přirozené prostředí, nechtějí je vytrhovat z jejich domova, kterým se pro klienty služba stala, a také



z důvodu horší adaptace na nové prostředí. Proto se vždy snaží o to, aby klienti zůstávali v těchto službách a nemuseli se na stáří stěhovat do jiné služby.

Toto ovšem platí jen do té doby, dokud se zdravotní stav jejich klientů nezhorší natolik, že nejsou schopni jim nadále službu poskytovat. V tomto případě přichází problém umístění těchto klientů do jiné služby. Služby, které přicházejí v úvahu jako další možnost ubytování pro tyto klienty, jsou dle zákona o sociálních službách dvě, a to služby následné péče a domovy se zvláštním režimem. *„Otázka, která se tu nabízí, zní, nakolik je společnost připravena se postarat o tyto své spoluobčany. Patří staří občané s mentálním postižením mezi cílové skupiny poskytovatelů služeb? A co vůbec víme o procesu stárnutí u osob s mentálním postižením? (Černá 2015: 205).* Pozitivní zprávou je, že dvě z dotazovaných služeb mají tuto situaci vyřešenou a mají možnosti, jak se o tyto klienty postarat. Třetí služba bude transformována tak, aby zde tito klienti mohli zůstat. Pouze jedna z dotazovaných služeb uvedla, že v budoucnu nemá plány na úpravu služby tak, aby zde tito klienti mohli zůstat.

Křížkovská ve své publikaci poukazuje na problematiku v komunikaci s lékaři. Říká, že u dospělých osob s mentálním postižením se může stát, že k určení diagnóz dochází mnohem později v jejich pokročilém stádiu než u osob, které tyto problémy nemají, jelikož často naráží na problémy v komunikačních schopnostech. Podle Křížkovské by byla ideální situace, kdyby tato vyšetření probíhala lékařem, který je zvyklý vyšetřovat a komunikovat s dospělými lidmi s mentálním postižením, to je ale v českých podmínkách téměř nesplnitelné přání. O této problematice také mluvila sociální pracovnice z chráněného bydlení, ostatní služby se sice k tomuto tématu nijak nevyjádřily, ale myslím si, že by bylo vhodné zaměřit se v budoucnu i na toto téma.

## Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny. Pátrala jsem potom, jak služby domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení řeší tuto situaci. Také jsem zjišťovala, jaká jsou specifika klientů, kteří dosáhli nebo brzy dosáhnou hranici tohoto věku. Jakým způsobem služby poskytují své služby klientům, kteří dosáhli hranici věku a změny ve službách z těchto důvodů. V teoretické části jsem čerpala z odborných zdrojů a v empirické části jsem pracovala se získanými daty, ale i zde jsem se neobešla bez poznatků literatury.

V rámci výzkumu jsem realizovala celkem 4 rozhovory. Doufala jsem ve větší vzorek, věřím, že by data byla mnohem kvalitnější, bohužel z nedostatku zájmu a komunikačních problémů jsem se musela spokojit jen se 4 službami, které byly ochotny rozhovor poskytnout. V případě dalšího výzkumu bych se také zaměřila buďto pouze na domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo pouze na chráněná bydlení z důvodu rozdílnosti v přístupu ke klientům a jejich potřeb.

Na otázku jak služby DOZP a CHB řeší dosažení věkové hranice cílové skupiny můžeme odpovědět, že oba typy služeb reagují aktivně na situaci, během které jejich klienti dosáhnou věkové hranice cílové skupiny. Hledají způsoby řešení, které umožní klientu s mentálním postižením v zařízení zůstat i po dosažení věkové hranice. Způsob, jakým se služby přizpůsobují, je v každé službě odlišný. Ve většině případů, reagují sociální služby až v momentě, kdy tato situace vznikne, ale nemají preventivní plán, který srozumitelně definuje, jak v takových situacích postupovat. Tato řešení jsou ovšem na základě individuálních situací a klientů, ale není metodicky zavedena a praktikována.

Z výzkumu vyplynula různorodost v pohledu na problematiku stárnoucích klientů a samotný průběh stárnutí. Charakteristika stárnoucích osob s mentálním postižením je také v každé službě velmi individuální. Věková hranice služeb se ukázala u většiny dotazovaných služeb spíše jako hraniční pro přijetí klientů než jako signál pro ukončení služby. Naopak sociální služby se snaží o to, aby jejich klienti zůstávali v jejich službách, které jsou pro ně přirozeným prostředím, ačkoli mají stanovený hraniční věk. Také je zajímavé zmínit, že

zatímco jedna služba plánuje transformaci k tomu, aby mohla být těmto klientům otevřenější, druhá s touto problematikou dopředu vůbec nepočítá a nemá zájem cokoliiv měnit. Pozitivním výstupem je, že dvě další služby mají tuto situaci zvládnutou velmi dobře a že ve všech sociálních službách jsou sociální pracovníci otevření ke vzdělávání v této oblasti a k přemýšlení nad tímto tématem.

Z výzkumu i z odborné literatury vyplynulo, že toto téma bude v budoucnu velmi aktuální, ale zatím se příliš neřeší. Sociální služby by měly mít metodicky definovány, jak řešit situaci, ve které klient dosáhne hraničního věku, aby na případnou změnu mohli klienty i službu připravit. Dále bych doporučila mnohem více šířit povědomí o této problematice v odborné literatuře, v sociálních službách, a otevřít toto téma ve vzdělávacích programech pro sociální pracovníky.

## Bibliografický seznam

ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KŘÍŽKOVSKÁ, Petra a Petra TOMALOVÁ. Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3375-2.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018 [cit. 2019-02-27]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/>

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

Registr poskytovatelů sociálních služeb [online]. Praha: OKsystem, 2019 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/zabezpeceni.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1553104420566\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/zabezpeceni.fw.do?SUBSESSION_ID=1553104420566_1)

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2019-02-26]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi*. [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz) [online]. Zlín: AION CS, 2019 [cit. 2019-01-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.