

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Deprivace v ústavní péči Deprivation in institutional care

Bakalářská práce: 10 – FP – KSS - 1032

Autor:

Petr Šmok

Podpis:

Vedoucí práce: PhDr. Alena Dědečková

Konzultant:

Počet

Stran	Grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
91	2	0	24	25	5 + 1 CD

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Petr Šmok
adresa: Luštěnická 718/3, Praha 9 – Kbely
studijní obor (kombinace): Speciální pedagogika pro vychovatele
Název BP: **Deprivace v ústavní péči**
Název BP v angličtině: **Deprivation in Institutional Care**
Vedoucí práce: PhDr. Alena Dědečková
Konzultant:
Termín odevzdání: duben 2011

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 19. 3. 2010



děkan



vedoucí katedry

Převzal (kandidát): _____

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: DEPRIVACE V ÚSTAVNÍ PÉČI

Vedoucí práce: PhDr. Alena Dědečková Podpis: *Alena Dedeckova*

Cíl: Charakteristika deprivace v ústavní péči a popsání rozdílnosti a míry deprivace v prožívání a jednání klientů s vybudovanými rodinnými vztahy a klientů bez fungujících rodinných vazeb.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, dotazník, analýza činnosti.

Literatura: ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

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

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

MALÁTEK, Vojtěch, POLONSKÝ, Dušan. *Metody sociologického výzkumu*. 1. vyd. Karviná: Slezská univerzita, 1998. ISBN 80-7248-015-4.

MATĚJČEK, Zdeněk, KOVÁŘÍK, Jiří. *Pozdní následky deprivace a subdeprivace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

PORTNER, Marlis, BABKA, Petr. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-544-8.

Čestné prohlášení

Název práce: Deprivace v ústavní péči
Jméno a příjmení autora: Petr Šmok
Osobní číslo: P08000151

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložil elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedl jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne:

Petr Šmok

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji všem, kteří mi byli nápomocni s tvorbou bakalářské práce, především pak paní PhDr. Aleně Dědečkové za její rady a připomínky a také své rodině za trpělivost a podporu.

Petr Šmok

Název bakalářské práce: **Deprivace v ústavní péči**

Název bakalářské práce: **Deprivation in institucional care**

Jméno a příjmení autora: **Petr Šmok**

Akademický rok odevzdání práce: **2011/2012**

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Alena Dědečková**

Resumé:

Bakalářská práce „Deprivace v ústavní péči“ je zaměřena na zařízení poskytující ústavní péči a na negativní následky na klienty těchto zařízení, plynoucí z poskytované péče.

Teoretická část se zaměřuje na problematiku deprivace, ústavní péče, rodiny, legislativu.

Výzkumná část se zabývá klienty DOZP – Praha. Mapuje projevy chování u vybraných klientů, jejich vědomosti a dovednosti a celkové zapojení do kolektivu domova.

Klíčová slova:

Deprivace, mentální retardace, ústavní výchova.

Resume:

Die Bakkalaureatsarbeit "Deprivation in der Anstaltspflege" richtet sich auf die Einrichtungen, die die Anstaltspflege gewährleisten und beschäftigt sich mit negativen Auswirkungen dieser Pflege auf das Leben der Klienten, die in diesen Einrichtungen behandelt werden.

Der theoretische Teil richtet sich auf die Problematik der Deprivation und behandelt das Thema der Anstaltspflege, Familie und Gesetzgebung.

Der praktische Teil befasst sich mit Klienten der DOZP(Heim für Menschen mit Behinderung)-Prag. Dieser Teil untersucht Verhaltensäußerungen der ausgewählten Klienten, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten und im Allgemeinen soziale Eingliederung ins Kollektiv im Heim.

Schlüsselwörter:

Deprivation, geistigen Behinderung, Stationäre Pflege.

Anotation:

Le travail „La déprivation dans un établissement avec soin“, se focalise sur les établissements proposant des soins aux clients et sur les effets négatives que ce soin a sur eux.

Dans la partie théorique je me suis concentré sur la problématique de la déprivation; sur le soin dans les établissements et sur la famille et la législative.

Mes recherches se sont basés sur les clients de DOZP-Prague. Je présente le comportement de certains clients, leur savoir et leur savoir-faire dans leur intégration dans le collectif de la maison.

Mots clés:

Déprivation, l'éducation dans l'établissement, le handicap mental; les savoir-faires

Obsah

1 ÚVOD.....	11
2 RODINNÁ X ÚSTAVNÍ PÉČE.....	13
2.1 RODINA.....	13
2.1.1 FUNKCE RODINY.....	14
2.1.2 DŮVOD VZNIKU PSYCHICKÉ DEPRIVACE V RODINÁCH:.....	15
2.2 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA.....	16
2.2.1 FUNKCE ÚSTAVNÍ VÝCHOVY.....	17
2.2.2 HISTORICKÝ EXKURZ.....	18
2.2.3 SOUČASNÉ TRENDY:.....	21
2.2.4 RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE.....	21
3 DEPRIVACE.....	24
3.1 HISTORICKÉ UVEDENÍ.....	24
3.2 DEFINICE POJMU DEPRIVACE.....	25
3.3 ZÁKLADNÍ PSYCHICKÉ POTŘEBY:.....	26
3.4 DŮVODY VZNIKU PSYCHICKÉ DEPRIVACE V ÚSTAVNÍ PÉČI:.....	27
3.5 TYPOLOGIE PROJEVŮ PSYCHICKÉ DEPRIVACE:.....	28
3.6 PRINCIPY RODINNÉ X ÚSTAVNÍ VÝCHOVY.....	29
3.7 PROGNÓZA DEPRIVAČNÍCH PORUCH.....	31
3.8 NÁPRAVA DEPRIVAČNÍCH PORUCH.....	31
4 LEGISLATIVA.....	33
4.1 PŮSOBNOST MINISTERSTEV.....	33
4.1.1 MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY.....	33
4.1.2 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.....	35
4.1.3 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ:.....	36
4.2 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ.....	37
4.2.1 NOVELA ZÁKONA č. 359/1999 Sb., O SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ.....	38
4.3 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ.....	40
4.4 SITUACE NA SLOVENSKU.....	40
4.4.1 STATUS PROFESIONÁLNÍHO RODIČE.....	41
5 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	42
5.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE.....	43
5.1.1 DĚLENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE DLE ZÁVAŽNOSTI:.....	43
5.2 SPECIFIKA PRÁCE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	45
CÍL VÝZKUMNÉ ČÁSTI - HYPOTÉZY.....	46
6 VÝBĚR ZAŘÍZENÍ A METOD, CHARAKTERISTIKY.....	47
6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÝCH METOD.....	47
6.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ.....	48
6.2.1 DETAŠOVANÉ PRACOVÍŠTĚ M.....	49
6.2.1.1 VÝCHOVNĚ AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI NA DETAŠOVANÉM PRACOVÍŠTI M.....	50
6.2.1.2 INSTITUCE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA.....	51
6.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY.....	51
6.4 PERSONÁL DETAŠOVANÉHO ZAŘÍZENÍ M.....	57
7 VÝZKUM.....	60
7.1 DOTAZNÍK.....	60

7.2 ROZHOVOR.....	65
7.3 ROZBOR VÝSLEDKŮ ČINNOSTI.....	68
7.4 ZÁVĚR DISKUZE.....	71
7.5 NÁVRHY OPATŘENÍ.....	73
7.6 OBECNÉ NÁVRHY.....	73
7.7 KONKRÉTNÍ OPATŘENÍ.....	74
ZÁVĚR.....	78
SEZNAM GRAFŮ.....	80
SEZNAM TABULEK.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	83
SEZNAM PŘÍLOH.....	86

1 ÚVOD

Téma své bakalářské práce – Deprivace v ústavní péči, jsem zvolil z důvodu osobní zkušenosti s klienty žijícími v ústavních zařízeních. Tyto zkušenosti vycházejí z mého desetiletého pracovního působení ve dvou domovech pro osoby se zdravotním postižením na pozicích vychovatele a pracovníka sociální péče. V obou zařízeních jsem pracoval s klienty s lehkou a středně těžkou formou mentálního postižení. Měl jsem možnost s klienty navázat osobní kontakt, který byl motivován jak každodenními povinnostmi, tak i osobním zájmem, kdy jsem se seznamoval s jednotlivými osudy formou rozhovorů. Také jsem se osobně setkával s řadou rodičů, sourozenců a opatrovníků jednotlivých klientů.

S klienty z obou zařízení jsem prožíval chvíle jejich vítězství a štěstí, ale i situace, na které neuměli adekvátně reagovat nebo na ně nebyly dostatečně připraveni a museli je nenadále řešit a vyrovnávat se s nimi. Tyto situace vyžadovaly pochopení, vcítění se, nadhled, trpělivost, klid atd, nebylo tedy vždy lehké je v tomto prostředí zvládnout. Reakce na vzniklé situace a způsob, jakým se musely často řešit ukazovaly na problémy, jež přináší právě systém kolektivní péče a to bez ohledu na to, jedná-li se o klienty s postižením mentálním, tělesným, kombinovaným...

Bakalářská práce je členěna na část první, teoretickou, která se zaměřuje na témata spojená s rodinnou a ústavní výchovou a témata rozšiřující tuto problematiku. Pro obsáhlou a širší témat spojených s problematikou ústavní výchovy, a omezeného rozsahu práce, byla snaha o předložení hlavních faktů souvisejících s tématem práce. Z tohoto důvodu je možné, že byla některá z částí upřednostněna na úkor jiné, ale i přesto jsme byli vedeni snahou o co možná nejúplnější přehled základních údajů spojených s tématem.

Druhá, praktická část práce, se zaměřuje na konkrétní zařízení a klienty žijícími v tomto prostoru. Detailně jsme popsali jak strukturu samotného zařízení, tak rozvrstvení klientů dle věku, pohlaví, míry postižení atd., a podrobného pohledu neušel ani personál zařízení.

V této úvodní části práce bych rád poděkoval vedení Domova pro osoby se zdravotním postižením, které mi umožnilo připravit tuto část práce na místě a s klienty, které důvěrně znám. Dále bych chtěl poděkovat rodičům a opatrovníkům, kteří mi vyšli vstříc a nebyl jsem proto nucen přistupovat ke kompromisům při výběru klientů na testování a mohl jsem pracovat s celým souborem klientů. V neposlední řadě patří mé poděkování i personálu zařízení Domova, který s ochotou plnil mé instrukce a přesto se nenechal odvádět od plnění každodenních povinností.

Závěrem doufám, že i mé snažení ovlivnilo všechny zúčastněné strany výzkumu a v něčem je obohatilo novými zkušenostmi, pohledy, rozvinulo inspiraci a nápady, kam dále směřovat svou aktivitu.

2 RODINNÁ X ÚSTAVNÍ PÉČE

Tato kapitola uvádí čtenáře do základních pojmů spojených s tématem bakalářské práce „Deprivace v ústavní péči“. Zaměřujeme se na instituci rodiny jako základní skupiny, v níž člověk rozvíjí své interpersonální vztahy a vazby. Dále navazujeme ústavní výchovou a klademe důraz na rozdíl mezi rodinným a ústavním prostředím.

2.1 RODINA

"Sociologicky je rodina primární skupina, v níž se intenzivně mohou rozvíjet osobní interpersonální vazby a komunikace" (Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny: (anatomie; fyziologie a patologie lidské rodiny),1998).

Jinak řečeno lze rodinu definovat jako skupinu osob vzájemně spjatých příbuzenskými vztahy jejíž základnu tvoří svazek muže a ženy (monogamická – párová rodina je charakteristická pro západní svět, ale existují kultury, kde polygamická rodina je běžnou záležitostí. Zde můžeme dále hovořit o polygamii – mnohoženství a polyandrii – mnohomužství), dále vztah rodič – dítě, který může být pokrevný nebo vzniká osvojením dítěte případně příchodem nového partnera do rodiny. Dále je rodina charakteristická souborem funkcí jež plní jak vzhledem ke společnosti, tak k jednotlivci. Členové rodiny sdílejí společnou domácnost a plní společensky uznané role. Pokud rodina a její členové sdílejí domácnost s prarodiči, partnery dětí atd. hovoříme o tzv. rozšířené rodině. Pokud rodinu sdílí pouze rodiče a děti, jedná se o tzv. nukleární rodinu. Pro každou rodinu, jakkoli se jedná o zcela specifický a jedinečný sociální útvar, platí určité obecné zákonitosti. V každé rodině se projevuje rodinná hierarchie interpersonálních vztahů, kde členové rodiny mají svou specifickou roli. Dále má rodina jako celek vztah k jiným skupinám a k hodnotám obecně. Také de v ní uplatňují jistá pravidla soužití a zastávají jisté skupinové normy. Toto sociální klima rodina se nejvíce odráží ve výchově jejich členů.

2.1.1 FUNKCE RODINY

BIOLOGICKÁ FUNKCE:

"Z pohledu biologického je rodina způsob, jímž lidstvo zajišťuje svoji reprodukci a setrvání mezi živočišnými druhy" (Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny: (anatomie; fyziologie a patologie lidské rodiny), 1998).

Základ reprodukčního chování je instinktivní, všechny jeho fáze směřují podle přírody k rodičovství. Reprodukce nemusí být vždy spjata s rodinou, ale podmínky pro další život dítěte, pro uspokojování jeho potřeb, může nejlépe zajistit funkční rodina.

EKONOMICKO-ZABEZPEČUJÍCÍ FUNKCE:

Rodina umožňuje existenci a materiální zabezpečení jejích členů, netýká se tedy jen dětí, ale všech jejích příslušníků.

VÝCHOVNÁ FUNKCE:

Jedinci, který přichází na svět, rodina poskytuje ochranu, snaží se uspokojit jeho vývojové potřeby, rozvíjet schopnosti a naučit jedince chování, které odpovídá druhovému fenotypu. Zde tedy hovoříme o výchově, kterou můžeme definovat jako činnost intencionální, cílenou racionálně, kde se ale i přes svou specifickou lidskou výjimečnost objevují prvky geneticky zakódované, ovlivňující chování rodičů.

Důležitým prvkem ve výchově je představa směřování výchovy, rodič by si měl být vědom toho, kam svou výchovou míří, jaké by dítě mělo být.

Abnormální činy, které se vyskytují u některých rodičů, můžeme vysvětlit etologií zvířat jako regres k některému z archetypů chování.

EMOCIONÁLNÍ FUNKCE:

Emocionální funkce rodiny zajišťuje uspokojování citových potřeb a potřeby sociálního soužití.

Pokud není trvale uspokojována potřeba lásky, pozornosti, uznání, empatie ze strany rodičů vůči dítěti, může dojít k psychické deprivaci.

2.1.2 DŮVOD VZNIKU PSYCHICKÉ DEPRIVACE V RODINÁCH:

1. Rodina často neumožňuje dítěti dostatečně silné sociálně-emoční podněty, které jsou potřebné pro jeho další psychický vývoj. Tato situace se vyskytuje v rodinách, kde chybí jeden z rodičů nebo pokud je větší část dne mimo domov.
2. Rodina neumožňuje dítěti dostatečně silné sociálně-emoční podněty z důvodu citové neúčasti, a to jak ze strany matky/otce, tak ze strany obou rodičů.

Důvody rodinné deprivace jsou tedy buď vnější – rozvod, zaměstnání, úmrtí nebo vnitřní – neschopnost s dítětem navázat citový vztah. **Tento vnitřní důvod má zvýšené riziko u rodičů, kteří byli v dětství rovněž citově deprivováni.**

2.2 ÚSTAVNÍ VÝCHOVA

"Ústav je do jisté míry světem sám pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování" (Ústavní péče, 1995).

Zkušenost rodiny a obce v sobě nese zážitek domova. Domov pro nás představuje místo, které cítíme jako své, ve kterém se orientujeme a ke kterému jsme citově vázáni. Současně je třeba ale zmínit, že se jedná o zcela individuální nepřenositelnou zkušenost. Dítěti se nejlépe daří v prostředí, které je omezeno na několik pečujících osob, na přehledně uspořádaný domov a nejbližší okolí domova. Naproti tomu nestabilní prostředí, časté změny bydliště, předávání dítěte z rodiny do rodiny, například mezi příbuznými atd., mohou u dítěte vyvolat deprivacní zkušenost a vést k problémům, se kterými se následně člověk snaží vyrovnat po celý svůj další život. Stejně tak dítě, které přichází na svět a chystá se osvojit si dovednosti potřebné k životu, musí mít klidné podmínky pro svůj vývoj a potřebuje místo, které by jej chránilo před světem jež je chaotický a těžko předvídatelný.

"Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl, má být sférou jistoty, a to i v těch případech, kdy byl vybudován pro to, aby chránil společnost, nikoli lidi, kteří v něm přežívají" (Ústavní péče, 1995).

Tento pokus o vytvoření umělého, náhradního domova, lze spatřovat ve vnitřním hierarchickém uspořádání ústavu. Podobnosti lze vidět ve slovníku užívaném personálem a klienty, v oslovování, v plánování společných akcí které nahrazují rodinné výlety atd... Mezigenerační hranici přítomnou mezi rodiči a dětmi zde supluje postavení klientů a vychovatelů a hranici soukromí, kterou si běžná rodina chrání uzavíráním se do sebe před okolním světem, je v ústavních zařízeních zaručena oddělením zařízení od okolního prostředí (brány, vrátnice, nutnost nahlašování návštěv...).

2.2.1 FUNKCE ÚSTAVNÍ VÝCHOVY

Obecně můžeme definovat funkci ústavů z hlediska zájmů jednotlivce nebo společnosti. Tyto zájmy se mohou někdy překrývat, jindy rozcházet!

HLAVNÍ FUNKCE:

1. **Podpora a péče:** Tato funkce je akcentována tam, kde zařízení nahrazuje nefunkční nebo chybějící rodinu.
2. **Léčba, výchova a resocializace:** Akcent je kladen na změnu stavu-jednání klienta, předpokládá se, že klient opustí zařízení ve vyrovnanějším stavu, než ve kterém nastupoval.
3. **Omezení, vyloučení, represe:** Funkce, která chrání společnost před jedinci, kteří ji ohrožují.

Ústavy většinou akcentují jen jednu ze tří zmíněných funkcí, ale reálně slučují všechny tři zmíněné funkce.

2.2.2 HISTORICKÝ EXKURZ

Pohled do historie ústavní výchovy nám poskytuje určitou představu o formách a metodách péče v jednotlivých historických etapách. Tato péče je vždy pevně svázaná s historickou epochou a kulturou dané společnosti.

Prvobytně pospolná společnost vznikla před cca. 2 miliony lety a přetrvala až do vzniku třídní společnosti. Jejím hlavním znakem bylo společné vlastnictví výrobních prostředků, kolektivní práce a spotřeba jež vedla k rozdělování produktů rovným dílem.

„Prvobytně pospolná společnost neznala žádnou z forem institucionální péče. Ve společnosti s abstraktním náboženským názorem vznikalo u lidí magické myšlení, jehož dominantou byl efekt strachu před nadpřirozenými silami, kterým bylo přisuzováno vyvolání nemoci. Jediným etiopatologickým činitelem pro vznik onemocnění byla víra v posedlosti člověka zlým duchem. Tento názor přetrval do pozdního středověku a stal se dlouho udržovaným mýtem v lidské společnosti, neboť se přímo dotýká existenční podstaty lidského jedince. Zdravotnická péče spočívala na magických ochranných symbolech, exorcismy byl chápán jako způsob léčby“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

V **období prvních civilizací** zaujímá chrám zvláštní postavení. Představoval sídlo náboženského centra, ale současně i místa, kde se konaly soudní procesy, byli zde drženi zločinci jako ochrana většinové společnosti a dále chrám plnil i úlohu léčebnou.

„Vytvářela se postupně třídní společnost a vrstva ekonomicky silnějších jedinců. Důsledkem těchto socioekonomických změn byl i nárůst patologických jevů. Z dostupných historických pramenů lze usoudit, že na abnormality zdravotní a osobnostní nebylo nahlíženo jiným způsobem, byly nedílnou součástí společnosti, byly její integrovaná součást. S postiženými bylo zacházeno jako s právoplatnými členy společnosti, léčba měla balneologický charakter a prováděli ji kněží, kteří byli pro tuto práci vyškoleni“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

Antická civilizace představuje historické období mezi 8.-7. stoletím př. n. l., kdy vzniká řecká civilizace a končí rozpadem říše římské v 6.-7. století. Antikou se označuje historický vývoj starověkého Řecka a Říma.

Z antické civilizace se nám nedochovaly žádné zprávy o zařízeních, která by pečovala o jedince s hendikepem nebo o chudé. Jsou ale známy zprávy o zacházení s dětmi nechtěnými nebo nemocnými, které byly buď přímo usmrcovány nebo odloženy a jejich další osud závisel na ochotě okolí převzít za ně zodpovědnost. Naproti tomu dospělý člověk s hendikepem byl společností tolerován.

Středověk, vymezený lety 476 (konec antické civilizace) a rokem 1492 (objevením Ameriky) charakterizuje v péči o lidi s postižením, nemocné a chudé křesťanské pojetí lásky k bližnímu.

„Křesťanství – to je nová konfese s osobním vztahem k Bohu, nový duch, nové umění, nová etika. Hluboká křesťanská religiozita je u vzniku nových kulturně civilizačních forem rozhodující silou“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

Z tohoto období jsou nám známa tzv. **xenodochia**, která budovali křesťanští vládci Byzance a jež sloužila jako útulky pro nemocné pocestné a **orfanotrofia**, jež sloužila jako siročince.

Následující období **renesance**, 14. až 17. století, je charakteristické návratem k antice a individualismu.

„Renesance bojovala proti pověrám, čarodějnictví a démonologii. Mohutný rozvoj měst v 15. století přispěl k tomu, že se v otázce péče o duševně choré objevil nový, sociální aspekt. V té době se setkáváme poprvé s pravidly a předpisy pro zacházení s duševně chorými, které nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených, nýbrž tím, aby nebyli společností na obtíž. I tak byl tento sociální aspekt pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

Jak uvádí Paul Michel Foucault ve svých Dějinách šílenství (1994), existovaly v tomto období tzv. Lodě bláznů, na jejichž palubách putovali pomatení a blázni od města k městu. Tato zvláštní instituce, zaručovala těmto lidem specifický způsob existence.

Osvícenství, intelektuální hnutí 18. století. staví do popředí racionalismus, logiku a humanismus. V této době se vytváří principy etické a estetické, ze kterých vychází i dnešní principy občanské svobody a rovnosti, demokracie, lidských práv atd..

„Velké špitály, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení jsou dílem osvícenství; mají stejně univerzální povahu jako ono a rodí se takřka současně s nimi“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

V tomto období jsou již velké ústavy zakládány z iniciativy státu a nikoli církve a postupem doby přebírají úlohu, jež měla právě církevní zařízení. V této době se rovněž začínají ústavy specializovat například na nemocnice, starobince, polepšovny...

Podobně jako v osvícenství, byl v **19. stol.** kladen důraz na profilování ústavních zařízení. „19. století je stoletím specializace ústavních zařízení. Začíná se používat i nových označení pro tyto nově profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec... Velké ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce“ (Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled), 2001).

„Až konec devatenáctého a začátek dvacátého století přináší přesun důrazu. Ústavy původně sloužící k vylučování lidí ze společnosti se začínají orientovat stále více a více na potřeby klientů. Tento trend v nedávné minulosti vedl ke koncipování ústavní péče jako ochrany klienta před nároky vnějšího světa, do něhož mohla být paradoxně počítána i klientova rodina“ (Ústavní péče, 1995).

2.2.3 SOUČASNÉ TRENDY:

Ideálním stavem, v současném chápání ústavní péče, rozumíme přesně cílenou pomoc tam, kde ji klient potřebuje. Ústavy se stávají menšími, klienti, kteří mají předpoklady pro zvládnutí samostatného života, odcházejí do chráněného bydlení, kde jsou podporováni asistenty. Rodinné a přátelské prostředí a vztahy mají v současném pojetí ústavní výchovy své nezastupitelné místo. Ústavní péče se otevírá i pro klienty, kteří nejsou schopni z různých důvodů dosáhnout na chráněné bydlení. Toto se projevuje směřováním aktivit mimo brány zařízení, pořádají se dny otevřených dveří, budují se kavárny jak pro klienty zařízení, tak pro veřejnost, klienti navštěvují sportovní areály, kulturní představení a zapojují se všestranně do všech stránek běžného života. Klient je chápán jako partner při tvorbě programu v zařízení, je mu umožněno rozhodovat o struktuře aktivit, které jsou mu nabízeny..

Na tomto místě je třeba zmínit standardy kvality sociálních služeb, které vznikly s cílem přiblížit/srovnat život člověka s postižením v kolektivních zařízeních s člověkem žijícím v běžné společnosti. Základní myšlenka této koncepce se opírá o názor, že člověk s postižením má stejné potřeby jako lidé z intaktní společnosti. Standardy kvality sociálních služeb byly doporučované MPSV od roku 2002 a staly se právním závazným předpisem od 1.1.2007.

2.2.4 RIZIKA ÚSTAVNÍ PÉČE

"Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí" (Ústavní péče, 1995).

Při ústavní výchově není možné dodržet nároky soukromí jako v běžné rodině, klienti jsou trvale ve velkých kolektivech spolu s personálem ve službě. Rizikové faktory jsou vlastně výčtem situací, které mohou vzniknout z této kombinace.

HLAVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY:

1. **Hospitalismus:** jedná se o vážný důsledek dlouhodobého pobytu v ústavním zařízení. Můžeme jej popsat jako stav dobré adaptace na aktuální prostředí zařízení (ústavu) a snižující se schopností adaptace na venkovní prostředí. Schopnost přizpůsobit se relativně dobře čitelnému prostředí s omezeným počtem sociálních kontaktů a regulovaného prostoru je vyšší než míra adaptability v komplexním, složitém světě.
2. **Ponorková nemoc:** prostředí, na které je klient v uzavřeném ústavním prostoru odkázán, se stává nepřátelské v tom smyslu, že z něj není možné uniknout. Situace je tím horší, čím více se v zařízení nachází uživatelů – roli hraje také věk, pohlaví, stupeň postižení, a čím menší jsou prostory. Klient je tak nucen k nedobrovolnému kontaktu se stále stejnými lidmi, kteří se často ještě chovají rušivě, nepřátelsky.
3. **Šikana:** tento termín je používán v souvislosti s násilným chováním klientů vůči klientům i když je na tomto místě nutné zmínit personál zařízení, který vládne vůči klientům značnou převahou moci. Tato převaha je násobena v zařízeních, kde jsou klienti mentálně postižení, dětského věku, staří lidé nebo dlouhodobě nemocní.
4. **Ztráta soukromí:** lze ji spatřovat v několika rovinách. V represivních ústavech dochází k úplné ztrátě soukromí – klient přichází o své věci, sdílí pokoj s lidmi které si nemohl vybrat, denní režim si nelze přizpůsobit podle svých individuálních potřeb.

Další možnost ztráty soukromí lze vysledovat v domovech pro seniory, kde klienti nemohou volně disponovat svou finanční hotovostí, která je z "bezpečnostních" důvodů uložena na vyhrazeném místě.

Také přetlak klientů a jejich nevhodná skladba spolu s prostorovým řešením budovy je zejména u lidí s mentální retardací pocíťováno jako vážný zásah do osobního soukromí, kdy dochází ke kolizím s ostatními uživateli.

5. **Erotické vztahy:** můžeme rozlišit do několika kategorií. Jednoznačně problematické jsou tam, kde je vztah nerovnoměrný, například vztah vychovatele a nezletilého klienta, klienta s mentálním postižením atd. Zde dochází ke kolizi s trestním řádem.

Dále mohou nastat vztahy mezi dvěma dospělými lidmi, zde se jako dostatečné řešení jeví ukončení služebního vztahu mezi dvojicí.

Třetí možností je vztah mezi klienty ústavního zařízení. Z dnešního pohledu je chápán pozitivně, například u osob s mentálním postižením, kdy může sloužit jako stimul pro další výchovné působení.

3 DEPRIVACE

3.1 HISTORICKÉ UVEDENÍ

Jak uvádí Langmeier a Krejčířová (1998), počátky odborného zájmu o fenomén deprivace je možné spatřovat ve 20. letech 20. století, kdy začali někteří pediatři a psychologové upozorňovat na skutečnost, že výsledky dětí z kolektivních zařízení neodpovídají míře podpory, jaká je jim poskytována a to ve srovnání s dětmi které žily v rodinách. Široká veřejnost si závažnost ohrožení vývoje dětí mimo rodinu začala plně uvědomovat v letech druhé světové války a to za přispění prací A. Freudové, R. Spitze a dalších.

Vývoj v Československu po druhé světové válce a zejména po roce 1948 dává přednost výchově kolektivní. Zde je nutné uvést to, že kolektivní výchova byla upřednostňována i u dětí, které žily v rodinách – jesle, mateřské školy, družiny. V roce 1951 byla zrušena pěstounská péče s odůvodněním, že pěstouni tuto činnost vykonávají pouze pro peníze a že jsou tyto děti využívány k práci. Toto rozhodnutí mělo vliv na zhruba 6000 dětí, které přišly o své rodinné zázemí.

Na tento stav upřednostnění kolektivní péče před individualizovanou péčí měly velký vliv práce klinických psychologů, kteří se dlouhodobě zabývali dětmi zanedbanými a jinak ohroženými a kteří sledovali vývoj dětí žijících v ústavních zařízeních. Díky těmto zkušenostem a poznatkům z vypracovaných studií, ale i díky impulzům ze zahraničí (Charta práv dítěte 1959, přijatá na půdě OSN), začal být všeobecně přijímán názor, že rodina má zásadní vliv na formování člověka. Toto vše se promítlo v zákonu o rodině z roku 1963, který umožnil opětovné zavedení individuální pěstounské péče a skupinovou péči rodinného typu. Další impulzy, kterými byla snaha usměrňovat péči o ohrožené děti jsou Úmluva o právech dítěte (1989), rovněž přijata na půdě OSN. Dále byly na podkladě doporučení Rady Evropy z roku 1992 sjednoceny pojmy týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Pojem psychické deprivace je zde zahrnut pod pojem citového zanedbávání.

3.2 DEFINICE POJMU DEPRIVACE

Jak uvádí Hartl a Hartlová (2004), jedná se o strádání nebo nedostatek něčeho, co organismus potřebuje.

Deprivaci je možné dělit na:

1. deprivace **biologická** (nedostatek potravy, tepla....),
2. deprivace **motorická** (nemožnost přiměřeného pohybu),
3. deprivace **senzorická** /smyslová (nedostatek podmětů),
4. deprivace **sociální** (ztráta sociálních kontaktů),
5. deprivace **citová** (neuspokojení potřeby lásky, jistoty).

"Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu" (Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace, 1997).

Dítě, které přichází na svět, potřebuje ke svému přežití zajistit ze strany rodičů nebo vychovatelů své fyziologické potřeby: potřeba tepla, potravy, ochrana před nebezpečím atd. Při neuspokojování základních fyziologických potřeb, může dojít až ke smrti dítěte. Mimo tyto základní potřeby, existují další, vyšší potřeby, které nazýváme potřeby psychické. Tyto potřeby musí být uspokojovány od počátku života v náležitě míře a v dostatečně dlouhou dobu, aby se dítě mohlo vyvíjet v psychicky zdravou a zdatnou osobnost. Pokud nastane situace, kdy je zamezeno uspokojování základních životních potřeb, dochází k frustraci a deprivaci a s tím spojených nežádoucích projevů. Projevy psychické deprivace se prolínají v celé struktuře osobnosti, tzn. v chování, sociálním začlenění, v postojích, životní orientaci i hierarchii hodnot. **Psychická deprivace může vzniknout jak u dětí umístěných v ústavní péči, tak u dětí žijících v rodinách.**

V historii byla psychická deprivace chápána jako proces ireverzibilni-nevratný, jedincům takto postiženým předkládal budoucnost v ochranné léčbě, dnešní zkušenosti nám ukazují, že jde o proces reparabilní-vratný a je snaha o co nejranější intervenci, individuální zaměření a hluboká nápravná opatření, která směřují k návratu jedince do společnosti. Jak uvádí Langmeier a Krejčířová (1998), jsou následky psychické deprivace ohroženi lidé v kterémkoli období svého života, i když dětství a dospívání je svou rychlostí změn pokládáno za období zvlášť nebezpečné. Jako příklad lze uvést například domovy důchodců nebo léčebny dlouhodobě nemocných, kde se lidé mohou setkat s citovým chladem, nedostatkem soukromí a izolací. Srovnání například s dětskými domovy je zde zcela na místě.

3.3 ZÁKLADNÍ PSYCHICKÉ POTŘEBY:

V současnosti je dobře doloženo a definováno cca. pět vitálních potřeb.

1. **"Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů.** Její uspokojení umožňuje naladit organismus na žádoucí úroveň aktivity.
2. **Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podmínkách,** tj. smysluplného světa. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jde tedy o základní podmínky pro jakékoli učení.
3. **Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů,** tj. vztahů k osobě matky a k osobám dalších primárních vychovatelů. Náležité uspokojování této potřeby přináší dítěti pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci jeho osobnosti.
4. **Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty,** z jejíhož uspokojení vychází zdravé uvědomění vlastního já, vlastní identity. To pak je dále podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení.

5. **Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy.** Její uspokojení dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje v člověku jeho životní aktivitu" (Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace, 1997).

Jak dále upozorňují autoři Matějček, Bubleová, Kovařík (1997), není situace tak jednoduchá jak by se mohla zdát. Tyto výše zmíněné potřeby lze totiž hodnotit pouze ve vztahu k individualitě dítěte a ke společnosti, v níž dítě vyrůstá. Přesto, že zmíněné potřeby jsou platné pro celé lidstvo, jsou jednotlivé z nich v některých kulturách pocíťovány jako naléhavější než jiné a na jejich uspokojování je kladen vyšší důraz. Z uvedeného plyne, že přísun podnětů je rozdílně odměřován a zaměřován.

3.4 DŮVODY VZNIKU PSYCHICKÉ DEPRIVACE V ÚSTAVNÍ PÉČI:

1. **Chybí malá primární sociální skupina.** Dítě není schopné si vytvořit trvalý a hluboký citový vztah.
2. **Střídáním zařízení** vzniká vynucené rozbití stávajících sociálních vztahů a vzniká separační úzkost.
3. U malých dětí **chybí dostatek verbální a neverbální komunikace**, větší dítě trpí zúženým prostorem pro vlastní iniciativu, nedostatkem příležitostí pro zodpovědné plnění úkolů. Pro budoucí partnerský život je často limitující chybějící model rodinných vztahů.

3.5 TYPOLOGIE PROJEVŮ PSYCHICKÉ DEPRIVACE:

Typologie vznikla přímým pozorováním chování dětí různých věkových kategorií v dřívější kolektivní výchově, dnes ústavní výchově.

1. **Typ normoaktivní:** tento typ se na ústavní výchovu relativně dobře adaptuje a našel si v prostředí ústavní výchovy své místo. Děti podněcují u dospělých vychovatelů citově kladnou odezvu a dospělý vychovatel k nim snáze nachází cestu a tím plní jejich citové potřeby,
2. **Typ hypoaktivní:** tento typ reaguje na ústavní prostředí celkovým snížením své aktivity, emoční apatií, nezájmem, celkovým poklesem výkonu i při učení jednoduchých dovedností. Jejich zaměření je spíše na neosobní svět věcí a událostí. Nejspokojenější bývají, mají-li své hračky ale dovedou být i agresivní vůči ostatním dětem, k vychovatelům jsou neúčastné.
3. **Typ sociálně hyperaktivní:** v tomto případě dochází k suplování sociálních podnětů prostřednictvím zvýšené aktivity směrem k vychovatelům a cizím lidem. Snaží se s nimi navázat kontakt, upoutat pozornost, ale na druhou stranu neznají citovou vázanost, věrnost.
4. **Typ sociálně provokativní:** tyto děti se snaží navázat sociální kontakt způsobem, který je násilný, rušivý, provokativní jak vůči vychovatelům, tak vůči jiným dětem se kterými soupeří o pozornost. Pokud o ni nemusí bojovat, jejich chování je zcela jiné, přítulné, milé.
5. **Typ charakteristický náhradním uspokojováním potřeb:** tyto děti uspokojují své podmětové potřeby, kterých se aktuálně nedostává, náhradním způsobem a to z vývojově nižších oblastí.

3.6 PRINCIPY RODINNÉ X ÚSTAVNÍ VÝCHOVY

Budeme-li předpokládat, že dítě přichází do ideálně fungující rodiny, tedy k rodičům-vychovatelům, kteří se na jeho příchod těšili a připravovali, je velká pravděpodobnost, že mu budou poskytnuty takové rysy výchovy, které jsou pro jeho další život nenahraditelné a zároveň ho po celý další život provázejí. **Toto platí obecně jak u dětí zdravých, tak u dětí s různým druhem postižení.**

Uváděné principy lze charakterizovat jako zásadní rozdíl, který ční mezi rodinnou a ústavní výchovou.

PRINCIPY VÝCHOVY:

1. **Princip vzájemného uspokojování duševních potřeb dětí a vychovatelů:** sdílení společného světa dětí a rodičů, přináší uspokojování psychických potřeb na obou stranách – rodič uspokojuje psychické potřeby dítěte a současně jsou uspokojovány psychické potřeby rodiče prostřednictvím soužití s dítětem. Toto je podmíněno osobní angažovaností rodiče/vychovatele.

Naproti tomu není toto schopna plnit ústavní výchova, kde je na jednu stranu snaha uspokojit psychické potřeby dítěte, ale tato snaha vychází jednosměrně, od vychovatele k dítěti.

2. **Princip trvalosti a hloubky citových vztahů:** jde o předpoklad k uspokojení potřeby životní jistoty. Citová vázanost na rodiče se v průběhu života mění a přetváří, ale nepomíjí, spíše získává nové hodnoty. Tento rys výchovy můžeme vidět jako vlastní jen a pouze pro rodinu.

Ústavní výchova se svým častým střídáním zaměstnanců je ohrožována trvalým přetržením již vytvořených citových pout.

3. **Princip společné budoucnosti:** rodič vidí budoucnost svou a svých dětí jako vzájemně propojenou.

V ústavním pohledu jde spíše o naplánování budoucnosti dítěte bez účasti vychovatele.

4. **Princip společenství času, prostoru a prožitků:** jinak řečeno prolnutí světa rodičů a dětí.

V ústavech se klienti nemohou setkat s vychovatelem mimo jeho roli.

5. **Princip výchovné interakce:** Jde o vzájemné působení "jednoho na druhého". Rodiče/vychovatele se osobně dotýkají citové projevy dítěte ve výchově a rovněž dítě reaguje na citové projevy rodičů.

Ústavní výchova toto nenabízí, vychovatel je aktivní za použití odměn a trestů, dítě je spíše pasivní.

6. **Princip soužití a sdílení:** přes princip soužití a sdílení rodina předává své "principy fungování".

Jak uvádí Langmeier a Matějček (2011), jsou četné studie o vývoji „ústavních“ dětí zaměřeny na nevýhody ústavních (pobytových) zařízení jako výchovného prostředí pro dítě. Pokud totiž srovnáme vývoj těchto dětí s dětmi žijícími v rodinách, je jejich vývoj po stránce intelektové, emoční a charakterové vždy horší. Studie se dále shodují v tom, že dopady na dítě jsou o to větší, čím je dítě mladší. Budeme-li se ale dívat na tyto studie podrobněji zjistíme, že se i u dětí žijících ve stejných deprivacích podmínkách nachází rozdílné formy následků. Toto ukazuje, že se musí vážně počítat s individuálními činiteli (pohlaví, věk, konstituční vlastnosti). Jaký je přesný vztah mezi těmito individuálními předpoklady a deprivacními podmínkami je prozatím otevřenou otázkou.

Nicméně se ukazuje, že nelze přenést těžké následky vývoje „ústavního“ dítěte z určitých podmínek na jiné podmínky. Na základě nových výzkumných prací se objasňuje, jak lze účinně vytvářet opatření k zamezení negativního vlivu ústavního prostředí (přiblížení ústavní výchovy výchově rodinné, dokonalé personální vybavení, organizace v malé skupině).

3.7 PROGNÓZA DEPRIVAČNÍCH PORUCH

Jak bylo naznačeno výše, bylo na prognózu deprivacních poruch v raném období zájmu o tento fenomén nahlíženo spíše pesimisticky a výsledky jednotlivých studií působily alarmujícím dojmem, jak uvádí například Matějček a Langmeier (2011). Obecně se soudilo, že deprivace v raném stádiu je trvalá a bez možnosti nápravy a že účinnost umístění dítěte do podnětějšího prostředí je bez většího efektu. V tomto období byla pozornost směřována spíše než na možnosti terapie na možnou ochranu dítěte před nežádoucími vlivy. Ireverzibilitnost byla pokládána za možnou, ale jen v případě, že deprivace trvala do 6. měsíce věku dítěte (maximálně do 12. měsíce věku). Naopak po 30. měsíci věku dítěte byla možnost nápravy brána jako nemožná. Pozdější studie prokázaly, že výhled na zlepšení po prožité deprivaci není tak beznadějný, jak se předpokládalo a že náprava postupuje ještě v době adolescence a rané dospělosti. Současné poznatky nás vedou k závěru, že při nápravě deprivacní zkušenosti je nutné postupovat s ohledem na individuální zvláštnosti dítěte (psychologický vývoj, somatický stav, životní podmínky) a přiřadit k nim „upravenou“ výchovu a léčbu. „Čím důkladněji dítě poznáme, čím hlouběji nápravná opatření zasáhnou a čím dříve s nimi započneme, tím větší je naděje na úspěch“ (Psychická deprivace v dětství, 2011).

3.8 NÁPRAVA DEPRIVAČNÍCH PORUCH

Jak bylo uvedeno výše, lze deprivaci definovat jako nedostatek podmínek pro účinnou interakci dítěte s prostředím. Toto lze dále popsat jako: nedostatek celkové stimulace, nedostatek možnosti pro účelné učení, nedostatek možností pro navázání specifických sociálních vztahů a nedostatek situací pro významnou integraci „já“. Z tohoto zjištění vyplývá, že se nápravná snaha musí zaměřit na jednotlivé úrovně duševního vývoje. Vždy postupujeme od nejzákladnější roviny po nejsložitější.

1. **Reaktivace** – jedná se o zajištění přiměřeného přívodu podmětů z prostředí, které byly z důvodu časně deprivace přerušeny. Tato forma podpory se týká zpravidla malých dětí a s jejich stoupajícím věkem slábne.
2. **Redidaxe** – Jedná se o vytvoření nových účelnějších návyků, které nahrazují staré a nevhodné.
3. **Reedukace** – Jedná se o úpravu vztahů dítěte k jeho sociálnímu a předmětovému okolí. Základem je vytvoření vztahu důvěry, sympatie, jistoty a lásky k lidem, kteří se podílejí na jeho výchově.
4. **Resocializace** – Jedná se o zapojení dítěte do společnosti a tím mu umožnit osvojit si účelné společenské role.

4 LEGISLATIVA

4.1 PŮSOBNOST MINISTERSTEV

Současný systém ústavních zařízení je rozčleněn - roztržštěn pod tři ministerstva:

- 1. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy,**
- 2. Ministerstvo práce a sociálních věcí,**
- 3. Ministerstvo zdravotnictví.**

4.1.1 MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy:

- 1. diagnostický ústav,**
- 2. dětský domov,**
- 3. dětský domov se školou,**
- 4. výchovný ústav.**

Zákon č. 109/2002 Sb., upravuje výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovnou péči ve školských zařízeních.

1. Diagnostický ústav:

Diagnostický ústav plní dle potřeb dítěte převážně funkce: diagnostické – dítě je vyšetřeno formou pedagogických a psychologických činností, vzdělávací – zjišťují se dosažené znalosti a dovednosti, stanovují se speciální vzdělávací potřeby a funkce terapeutické.

2. Dětský domov:

Dětský domov plní převážně funkce výchovné, vzdělávací a sociální. Dětský domov zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování.

3. Dětský domov se školou:

"Účelem dětského domova se školou je zajišťovat péči o děti

a) s nařízenou ústavní výchovou,

1. mají-li závažné poruchy chování, nebo
2. které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně léčebnou péči, nebo

b) s uloženou ochrannou výchovou,

c) jsou-li nezletilými matkami a splňují podmínky stanovené v písmenu a) nebo b) a jejich děti, které nemohou být vzdělávány ve škole, jež není součástí dětského domova se školou" (Zákon č. 109/2002 Sb., § 13).

4. Výchovný ústav:

Výchovný ústav zajišťuje péči o děti, které dosáhly 15 let věku a které mají závažné poruchy chování a u kterých byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Plní zejména funkci vzdělávací, výchovnou a sociální.

4.1.2 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

1. domovy pro osoby se zdravotním postižením,

2. domovy se zvláštním režimem.

Zákon č. 108/2006 Sb., upravuje podmínky pomoci a podpory fyzickým osobám, které se ocitly v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

1. Domovy pro osoby se zdravotním postižením:

Domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje dlouhodobé pobytové služby osobám, jejichž situace vyžaduje trvalou pomoc jiné osoby. Zejména se jedná o pomoc v péči o vlastní osobu, hygienu, přijímání potravy, ubytování, výchovných a vzdělávacích a aktivizačních činnostech. Dále se jedná o zajištění kontaktu se společenským prostředím nebo pomoc při prosazování oprávněných práv a zájmů.

„V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením přiměřeně ustanovení zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních“ (Zákon 108/2006 Sb., § 48).

2. Domovy se zvláštním režimem:

„V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50).

4.1.3 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ:

1. **Kojenecké ústavy,**
2. **dětské domovy do tří let.**

Zákon č. 372/2011 Sb., upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování.

1. Kojenecké ústavy:

Kojenecké ústavy pečují o všestranný rozvoj dětí, u nichž je ohrožen nebo narušen vývoj z důvodů zdravotních, zdravotně-sociálních nebo sociálních.

2. Dětské domovy do tří let:

„V dětských domovech do 3 let věku jsou poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým. Zaopatřením se rozumí stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost (Zákon č.372/2011 Sb., § 43).

Kojenecký ústav a dětský domov lze dle místních podmínek spojit ve společné zařízení. Nové kojenecké ústavy se již nezřizují.

4.2 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ

V následujícím textu se zaměříme na legislativu, která vymezuje práva a povinnosti rodičů a dětí (zákon o rodině), dále upravuje postupy pro zachování zájmů dítěte (zákon o sociálně právní ochraně dítěte) a upravuje procesní postupy soudů (občanský soudní řád).

Právní řád České republiky vymezuje práva a povinnosti nezletilých dětí a rodičů a současně práva a zájmy nezletilých dětí jsou přednostně chráněny. Základním právním předpisem upravujícím práva a povinnosti nezletilých dětí je zákon o rodině, ve kterém jsou upraven rozsah rodičovské zodpovědnosti, tedy povinnost rodičů důsledně chránit práva a zájmy dítěte, dbát na jeho vývoj a vykonávat nad ním dohled dle stupně vývoje dítěte. Dítě má podle stupně svého vývoje právo vyjadřovat se ke skutečnostem, které se ho týkají. Dítě má ale také povinnost rodičům pomáhat a má-li vlastní příjem, přispívat na společné potřeby rodiny

Právní řád řeší i případy, kdy je třeba na dítě působit důrazněji. To je v případech, kdy rodiče z jakýchkoli důvodů výchovu dítěte nezvládají. V takovém případě má orgán sociálně právní ochrany dětí právo učinit vhodná opatření – například dítě i rodiče napomenout, provádí nad dítětem i rodiči dohled, může také dítěti uložit omezení zbraňující škodlivým vlivům na výchovu a vývoj dítěte – např. zákaz návštěv nevhodných zábav a zábavních podniků apod.. Tato opatření může OSPD učinit bez rozhodnutí soudu.

V případě rozvodu rodičů dítěte soud vždy zkoumá, zda ve věci péče o dítě po rozvodu manželství jsou řádně zabezpečena práva a zájmy dítěte, a to i v případě, že rodiče chtějí ohledně péče o dítě uzavřít dohodu. Tato základní práva a povinnosti dítěte a rodičů jsou upravena v zákonu o rodině č. 94/1963Sb.

Právní řád pamatuje i na případy, kdy je dítě, tedy jeho život nebo příznivý vývoj, vážně ohrožen nebo narušen. V takovém případě je soudu dána možnost přijmout bezodkladně určitá opatření jako např. umístění do vhodného prostředí. Takto mohou být děti umístěšny na přechodnou dobu do pěstounské péče. V případě nezletilých dětí soud může

taková opatření učinit i tzv. bez návrhu, zpravidla na upozornění ze strany orgánu právní ochrany dětí. Tato činnost soudu je upravena v zák. č. 99/1963 Sb.

V případě, že se dítě ocitne bez rodinného zázemí nebo rodinné prostředí je nevhodné, dále v případech, kdy si rodiče neplní svoje povinnosti vyplývající z rodičovské zodpovědnosti, trpí násilím a také v případech, kdy dítě zanedbává povinnou školní docházku, žijí naprosto nevhodným způsobem života nebo se dokonce dopouštějí trestní činnosti, navrhuje příslušný obecní úřad soudu přijetí vhodných opatření tak, aby došlo k nápravě takové stavu a byl zabezpečen řádný vývoj dítěte. Toto řeší zákon č.359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí.

K tomu je třeba uvést, že nezletilé dítě je v řízení před soudem zastoupeno ze zákona opatrovníkem, kterým je příslušný obecní úřad, za který jedná pracovník OSPOD.

4.2.1 NOVELA ZÁKONA č. 359/1999 Sb., O SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ

Obecně si novela zákona klade za cíl:

1. vytvořit podmínky pro zabezpečení výchovy a všestranného rozvoje dítěte v jeho přirozeném prostředí nebo v prostředí náhradní rodiny,
2. změnit orientaci systému směrem k prevenci,
3. zvýšení kvality systému zaváděním standardů kvality,
4. vytvoření alternativy k institucionalizované péči tak, aby nedocházelo k nadměrnému umístování dětí do těchto zařízení.

Tento stav má vést k vytvoření zákonných podmínek pro systematickou práci s rodinami, která umožní setrvání dítěte v rodinném prostředí, případně v náhradním rodinném prostředí. Vyskytne-li se tedy případ, kdy dítě z jakéhokoli důvodu nebude moci setrvat ve svém rodinném prostředí, bude jako další řešení nastupovat náhradní rodinná péče.

Toto neplatí v případech, kdy je institucionalizovaná výchova vyhodnocena jako nejlepší řešení v zájmu dítěte.

Další úpravy sjednocují systém přípravy a výběru pěstounů a stejně i systém jejich hmotného zabezpečení. Dále bude k dispozici síť podpůrných a odlehčovacích služeb. V systému jsou nastaveny standardy kvality a závazné postupy.

Novela zákona č. 359/1999 Sb., si vynutila novelizovat další zákony a to zejména zákon o rodině, občanský soudní řád, daňové a pojistné zákony a některé další předpisy. Přípravná fáze zmapovala právní úpravy okolních zemí (Slovensko, Německo, Rakousko, Polsko), a dále novela zákona zpracovává závěry nejnovějších výzkumů a poznatků z oblasti péče o ohrožené děti a rodiny.

4.3 ZKUŠENOSTI ZE ZAHRANIČÍ

Tato kapitola se zaměřuje na přístupy k problematice ústavní péče a tedy i problematice přístupu k fenoménu deprivace v ústavních zařízeních v zahraničí a strategiím, jakými se jí dá čelit. Pro pohled do zahraničí jsme si zvolili Slovenskou republiku a to z důvodu kulturní a geografické blízkosti a shodného směřování ústavní péče do roku 1993. Právě od tohoto roku se začal na Slovensku vyvíjet institut profesionální rodiny, který začal významně odlišovat slovenský model od českého. Následující text se věnuje vymezení této instituce.

4.4 SITUACE NA SLOVENSKU

Rok 1993 se stal na Slovensku mezníkem pro termín profesionální rodina. Idea této instituce vzešla jak ze strany neziskových organizací a organizací zaměřených na lidská práva, tak z výzev OSN, které volaly po transformaci dětských domovů na Slovensku. Svou úlohu sehrálo i veřejné a politické mínění, které bylo k těmto změnám nakloněno. Vše bylo vymezeno v zákoně 279/1993 Z. z. o školských zariadeniach.

Forma profesionální rodiny v sobě sdružuje možnost individuální výchovy dítěte a možnou pomoc odborníků ze strany například psychologů, supervizorů, speciálních pedagogů... Institut profesionální rodiny byl v počátečních letech zaměřen na děti, které byly v procesu přijetí do osvojení nějakým způsobem znevýhodněny, například zdravotním, mentálním a jiným postižením. Zákon č. 222/1996 Z. z., zákon č. 195/1998 Z. z. a zákon č. 305/2005 Z. z. dále upravily podmínky vzniku profesionálních rodin na Slovensku.

Zákon č. 305/2005 Z. z. uvádí: „Vykonávanie ústavnej starostlivosti predbežného opatrenia a výchovného opatrenia v profesionálnej rodine má prednosť pred ich vykonávaním v samostatných skupinách a v špecializovaných skupinách“ (zákon č. 305/2005 Z. z., § 52). Zákon dále upravil, že od 1.1.2007 bude každé dítě do jednoho roku věku umístěno do profesionální rodiny s výjimkou těžkých zdravotních stavů. Od 1.1.2008 je toto zákonné nařízení platné pro každé dítě do tří let věku.

4.4.1 STATUS PROFESIONÁLNÍHO RODIČE

Profesionální rodič je zaměstnancem dětského domova, má pracovní smlouvu a za svou práci pobírá plat. Dětský domov hradí výdaje spojené s potřebami dítěte. Profesionálním rodičem se může stát jednatlivec nebo manželé, kteří mají ukončené středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání a absolvují přípravu na toto povolání. Počet dětí v profesionální rodině jsou tři, pokud je zaměstnancem jednatlivec a nejvíc šest dětí, pokud jsou profesionální rodiče manželé.

5 MENTÁLNÍ RETARDACE

Tato poslední kapitola teoretické části bakalářské práce se snaží o předznamenání následujícího praktického výzkumu, který byl zpracováván v Domově pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně s lidmi s mentálním postižením. Jedná se o krátký úvod do problematiky mentálního postižení, do terminologie a způsobu dělení dle závažnosti postižení.

DEFINICE

„Americká asociace pro mentální retardaci definuje mentální retardaci jako výrazný podprůměr duševních funkcí což má za následek poruchy adaptivního chování projevujícího se během jednotlivých vývojových období.

Obecná duševní činnost je definována na základě výsledků všeobecných standardizovaných inteligenčních testů, které jsou vytvořeny pro tento účel a jsou individuálně přizpůsobeny podmínkám země/regionu“ (Mental Retardation Education and Rehabilitation Services).

„Mentální retardace je vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka. Adaptivními schopnostmi máme na mysli schopnost člověka jednat samostatně na úrovni svého věku a v rámci dané kulturní normy. Poznávací, řečové, pohybové a sociální dovednosti jsou oproti průměru výrazně sníženy“ (Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem, 2007).

V populaci je přítomnost mentální retardace odhadována na 3%.

KRITÉRIA PRO DIAGNOSTIKOVÁNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE:

1. Intelektový kvocient je pod úrovní 70 bodů,
2. jedinec má zřetelné problémy se zvládnutím běžného života na jeho dané vývojové úrovni,
3. jedná se o vrozenou poruchu.

5.1 ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Jak uvádí Černá (2008), jsou termíny jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací v současné české psychopedii (věda, jež se zabývá osobami s mentálním postižením) považovány za synonyma. Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace. V odborné literatuře lze dohledat mnoho dalších termínů, které lze dělit jak z historického pohledu na ty, které byly užívány v minulosti a od nichž se kvůli jejich pejorativnímu charakteru upustilo (debilita, imbecilita, idiocie), tak termíny, které se vztahují například k době vzniku postižení (oligofrenie - označuje stav, kdy byla mentální retardace diagnostikována již při narození dítěte, demence - označuje stav, kdy došlo k úbytku již dosažené intelektové úrovně a schopností.).

5.1.1 DĚLENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE DLE ZÁVAŽNOSTI:

1. **Lehká mentální retardace (IQ 50-70):** Jedná se o nejrozšířenější formu mentální retardace, zastoupena je v cca. 80% případů. V dětském věku je patrné opožďování ve vývoji, školní dovednosti jsou tito jedinci schopni zvládnout přibližně do věku 10-11 let.

Řeč si osvojují pomaleji, nicméně bývá zvládnutá.

V dospělosti jsou schopni plnit pracovní povinnosti v adaptovaném pracovním prostředí.

2. **Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49):** Je zastoupena v cca. 10% případů. Školní docházku tito jedinci většinou ukončují s elementárními znalostmi trivia.

Řečové schopnosti jsou z velké části individuálně variabilní.

U tohoto stupě mentální retardace jsou v daleko větší míře zastoupeny neurologické a fyzické hendikepy.

V dospělosti je možné pracovní zařazení v chráněných dílnách. Každodenní asistence je nutností.

3. **Těžká mentální retardace (IQ 20-34):** V populaci mentálně retardovaných je zastoupena v cca. 5% případů. Školní znalosti základů trivia nejsou schopni dosáhnout, proto je výchova zaměřena na základní zvládnání sebeobslužných dovedností.

Pracovní dovednosti se dají popsat jako elementární, lze je pod stálých vedením uplatnit v chráněných dílnách nebo při běžných životních situacích.

4. **Hluboká mentální retardace:** V populaci mentálně retardovaných zastoupena cca. 1%. S tímto stupněm mentální retardace jsou spojeny vážné poruchy hybnosti až imobilita, vážná neurologická postižení a další těžká postižení.

Řeč není rozvinuta, schopnost porozumět je vážně narušena.

Naproti tomu jsou tito lidé schopni vnímat společnost, úsměv, fyzický kontakt. V minulosti byli tito lidé označováni jako nevzdělavatelni, v současnosti jsou vypracované postupy, které se snaží rozvíjet dovednosti komunikační, pracovní, motorické.

5.2 SPECIFIKA PRÁCE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Obecně lze říci, že práce s lidmi s mentálním postižením vyžaduje citlivý přístup, dobrou psychickou (často i fyzickou) kondici, empatii... Při bližším pohledu na tento problém lze být konkrétnější a souhlasit s autory knihy, Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči, Pörtnerem a Babkou (2009), kteří se zaměřili na prožívání a s ním spojené chování lidí s mentálním postižením. Tento pohled se zdá být aktuální právě v institucionalizované péči, kdy jsou klienti často soustředěni v početných skupinách a kde je kladen důraz na organizovanost. Autoři upozorňují na to, že v mnoha případech jde o nepochopení významu situace (prožívání) ze strany referenčních osob a naopak lze z jejich strany vidět snahu toto chování potlačit/odnaučit. Jak uvádějí, je třeba vzít v úvahu to, že lidé s mentálním postižením prošli jinou sociální zkušeností než běžná populace – byla snaha vést je k zastírání a potlačení svého prožívání. Mimo to je pro ně velmi obtížné orientovat se ve svých pocitech. Ty jsou pro ně samotné často velmi nepřístupné k pochopení. Tato strategie potlačení je samozřejmě účinná jen do určitého stupně, pak propukají nahromaděné emoce s o větší intenzitou a to i v situacích, které jsou (z pohledu nezúčastněných osob) pro takovou reakci zcela nevhodné/neadekvátní. Je tedy dobré si uvědomit nutnost sdělování pocitů člověka s mentálním postižením, umět ho vyslechnout a tím i posilovat jeho uvědomění si svého já. Takto lze ve výsledku předcházet mnoha krizovým situacím a zároveň lze dosáhnout navázání hlubšího kontaktu, který je založen na důvěře a respektu.

ČÁST PRAKTICKÁ

CÍL VÝZKUMNÉ ČÁSTI - HYPOTÉZY

Cíl výzkumné části je stanoven ve formě tří hypotéz, na něž se snažíme v textu odpovědět a své odpovědi zdůvodnit.

1. **H1** - Lze předpokládat vyšší úroveň dovedností u klientů s fungujícím rodinným zázemím.
2. **H2** – Lze předpokládat nižší zapojení klientů do kolektivu Domova.
3. **H2** – Lze předpokládat vyšší fixaci na blízké osoby v rodině? Lze předpokládat těžší adaptaci na podmínky domova po ztrátě rodičů?

Ústavní zařízení, jakkoli se ve své péči o klienty snaží využívat nové poznatky a dodržovat standardy kvality, představují rizika pro své klienty, která plynou z instituciolizované péče, jež není ve svém rozsahu schopna poskytnout základní citové vazby v rozsahu primární rodiny.

Z této úvahy vyplývají předkládané hypotézy, které se snažíme v práci prokázat/vyvrátit.

U klientů, kteří měli nebo mají ve svém životě osobní zkušenosti s rodinnou výchovou předpokládáme vyšší míru schopnost pro svou osobní zkušenosti s rodinnou výchovou, v níž dochází k bližší interakci jednotlivých členů.

Dále se zaměřujeme na prokázání/vyvrácení vyšší citové fixace na osoby z rodinného prostředí. Citovou fixaci na rodinné příslušníky a adaptaci na ústavní prostředí zkoumáme z pohledu míry agresivity a depresivity, jako projevů problémového chování, ke kterému dochází střídáním vlivů rodinných a ústavních a také způsobem zapojení do kolektivu domova.

6 VÝBĚR ZAŘÍZENÍ A METOD, CHARAKTERISTIKY

Výběr celého tématu bakalářské práce, zařízení a sledované skupiny pro výzkumnou část ovlivnila osobní zkušenosti pisatele s prací s klienty s mentálním a kombinovaným postižením žijících v domově pro osoby se zdravotním postižením. Zkoumaná skupina klientů detašovaného pracoviště M se jevila svou různorodostí, rodinné vztahy/ústavní péče, jako ideální.

Ze strany zaměstnavatele bylo autorovi vycházeno vstříc při sběru dat u klientů, kde byl stanoven opatrovníkem Domov pro osoby se zdravotním postižením. U klientů s jiným opatrovníkem než DOZP, rodiče/sourozenci, bylo postupováno formou písemných žádostí (viz. příloha č. 5).

Jako velká výhoda pro zdárný průběh práce se ukázala každodenní možnost dotazů, upřesnění nebo jiných konzultací ze strany personálu zařízení, který se na výzkumné části podílel.

6.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÝCH METOD

Pro zpracování výzkumné části byly zvoleny tři speciálně-pedagogické metody:

- **Dotazník** - můžeme ho definovat jako metodu, při které se získává větší objem dat formou písemně zadávaných otázek.
- **Rozhovor** – lze ho charakterizovat jako metodu, při níž tazatel pokládá otázky přímo dotazované osobě a ta je otázkami vedena ke sdělování informací. Tato metoda je tedy založena na mluvené komunikaci tazatele a dotazované osoby.

- **Analýza výsledků činnosti** – jedná se o metodu, která poskytuje informace o stupni osvojení požadovaných informací.

6.2 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ

Domov pro osoby se zdravotním postižením zajišťuje pobytovou službu denní, týdenní, celoroční, pro osoby od tří let věku, s postižením mentálním a kombinovaným v pěti objektech s celkovou kapacitou 146 uživatelů. V současné době zde žije 126 uživatelů. Jednotlivá oddělení jsou strukturovaná dle míry postižení a věku. Ve všech objektech je zajištěna ambulantní zdravotní péče praktickým lékařem, který pravidelně do zařízení dochází. Odborná vyšetření se provádějí ve specializovaných zdravotnických pracovištích. V rámci domova je dále zajištěna odborná péče fyzioterapeuta. Všem klientům je poskytována výchova a vzdělávání v rozsahu a zaměření odpovídající jejich schopnostem.

PRACOVIŠTĚ DOMOVA:

1. DOZP – hlavní budova (5 oddělení),
2. detašované pracoviště M,
3. detašované pracoviště Z,
4. ergoterapeutické centrum L,
5. rekreační středisko V.

6.2.1 DETAŠOVANÉ PRACOVIŠTĚ M

Počet uživatelů na tomto pracovišti je 38, celková kapacita je 40 uživatelů. Z tohoto počtu je 10 žen a 28 mužů.

Tabulka č. 1 Počet mužů a žen

pohlaví	počet	procent
ženy	10	26,30%
muži	28	73,70%

Míra mentálního postižení, při kterém dochází k zařazení uživatele na toto pracoviště, se pohybuje mezi lehkým a středně těžkým stupněm a u klientů musí být zachována mobilita.

Tabulka č. 2 Stupeň mentálního postižení

stupeň mentálního postižení	počet	procent
lehký stupeň mentálního postižení	9	23,70%
středně těžký stupeň mentálního postižení	29	76,30%

Spodní věkovou hranici klientů zařízení určuje věk tří let. Horní věková hranice je neomezená a řídí se individuálním zdravotním stavem. Při výrazných zdravotních obtížích přechází klient na zdravotní oddělení, kde je mu poskytována podpora s ohledem na jeho obtíže.

Tabulka č. 3 Věkové rozložení klientů

věk	počet	procent
3 – 18 let	9	23,26%
18 – 30 let	4	10,52%
31 – 42 let	12	31,56%
43 – 52 let	2	5,26%
53 a více	11	28,93%

6.2.1.1 VÝCHOVNĚ AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI NA DETAŠOVANÉM PRACOVIŠTI M

Dopolední aktivity jsou rozděleny dle věku a schopností uživatelů. Část uživatelů odjíždí do školky/školy, část dochází do ergoterapeutických dílen nebo do zaměstnání na oddělení, kde pracují jako pomocné síly, část uživatelů se stará o úklid budovy M.

V odpoledním programu dominují kroužky dle zájmů uživatelů – pohybové, výtvarné, zdravotní tělovýchova, míčové hry, kapela, muzikoterapie, černé divadlo, práce na zahradě... Jako významnou aktivitu pro klienty můžeme uvést směřování uživatelů k poznávání života mimo vlastní zařízení a to formou výletů, návštěv divadelních představení, kina, plavání, nákupů a jiných poznávacích aktivit.

6.2.1.2 INSTITUTE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA

Domov pro osoby se zdravotním postižením má pro postup plánování a hodnocení osobních cílů a potřeb pro každého uživatele určeného tzv. "klíčového" pracovníka – většinou plní zaměstnanec funkci klíčového pracovníka pro dva až tři uživatele současně. Tento konkrétní zaměstnanec ve spolupráci s uživatelem služby dbá na sestavení plánu a jeho dodržování. Dále provádí jeho hodnocení v souvislosti s osobními cíli uživatele a navrhuje případnou změnu plánu s ohledem na jeho osobní cíle, potřeby, schopnosti a zdravotní stav. Volba cílů je stanovena dle individuálních schopností a možností jednotlivých uživatelů. Cíle se dělí na krátkodobé a dlouhodobé.

Při určování „klíčového“ pracovníka je brán v úvahu osobní cíl uživatele a stanovený postup v individuálním plánu jak cíle dosáhnout, dále provozní možnosti poskytování služby a charakterové vlastnosti uživatele.

Pokud má osoba zájem o stanovení konkrétního zaměstnance jako klíčového pracovníka, je jí, nebrání-li tomu provozní důvody, vyhověno. Jméno klíčového pracovníka je uvedeno v individuálním plánu podpory uživatele. Případná změna klíčového pracovníka v průběhu poskytování sociální služby je s uživatelem a vedoucím pečovatelské služby projednána a zaznamenána v dokumentaci uživatele. Klíčový pracovník je vlastně „pomocníkem“ uživatele sociální služby. Je součástí realizačního týmu, který jedná v zájmu uživatele.

6.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ SKUPINY

Výzkumná skupina je tvořena klienty detašovaného pracoviště M. Jak je uvedeno výše, byla tato skupina zvolena z důvodu:

- 1. znalosti členů skupiny,**
- 2. znalosti personálu.**

Z této skupiny 38 klientů byla vyjmuta skupina klientů do 18 let věku (8 klientů) a klient s poruchou autistického spektra. Tuto možnost stanovení věkové hranice klientů pro zařazení do testování jsme zvolil z důvodu jasného stanovení doby vlivu rodinné a ústavní výchovy, kontaktů klientů atd.. Klient s poruchou autistického spektra byl vyřazen z testování pro specifika vnímání a navazování kontaktů jak s rodinnými příslušníky tak personálem zařízení.

Dále chceme ve sledované skupině klientů upozornit na klienty, kteří se setkali v době svého ranného dětství s týráním (P.R. - celoživotní postižení zraku) nebo byli z rodiny odebráni z důvodu její disfunkčnosti (M.G.) a dále na klienta s diagnostikovanou psychiatrickou poruchou (A.M.). Všichni tito klienti jsou v Domově v celoroční pobytové službě bez kontaktů s rodinami.

Tabulka č. 4 Věkové rozložení

věk	počet	procent
18 – 30 let	4	10,52%
31 – 42 let	12	31,56%
43 – 52 let	2	5,26%
53 a více	11	28,93%

Sledovanou skupinu tvoří 22 mužů a 7 žen.

Tabulka č. 5 Počet mužů a žen

pohlaví	počet	procent
muži	22	75.90%
ženy	7	24.10%

Ve sledované skupině se vyskytoval 1 klient s délkou pobytu v ústavním zařízení do 10 let, 6 klientů s délkou pobytu do 20 let, 7 klientů s délkou pobytu do 30 let, 11 klientů s délkou pobytu do 40 let a 4 klienti s pobytem nad 41 let.

Tabulka č. 6 Délka ústavního pobytu

délka ústavního pobytu	počet	procent
1 – 10 let	1	3.44%
11 – 20 let	6	20.68%
21 – 30 let	7	24.08%
31 – 40 let	11	37.84%
41 a více	4	13.76%

Složení skupiny z pohledu stupně mentální retardace vypadá takto: 4 klienti mají diagnostikován lehký stupeň mentální retardace, 25 klientů má diagnostikován střední stupeň mentální retardace.

Tabulka č. 7 Stupeň mentálního postižení

stupeň mentální retardace	počet	procent
lehká mentální retardace	4	13,80%
středně těžká mentální retardace	25	86,20%
těžká mentální retardace	0	0,00%
hluboká mentální retardace	0	0,00%

Ve sledované skupině se vyskytuje 19 klientů, kteří udržují pravidelný kontakt s rodinnými příslušníky – rodiče, sourozenci, širší rodina, 10 klientů je zcela bez kontaktu s rodinou.

Tabulka č. 8 Intenzita kontaktu s rodinou

intenzita kontaktu s rodinnými příslušníky	počet	procent
pravidelný kontakt	19	65,51%
bez kontaktu	10	34,48%

Důvody, které vedly k umístění do ústavního zařízení můžeme rozdělit na několik kategorií. Pro náročnost péče bylo do zařízení přijato 19 klientů, v 1 případě byl klient přijat na žádost otce po úmrtí matky, u 1 klienta byla nařízena ústavní výchova a pro nezáměr primární rodiny bylo do zařízení přijato 8 klientů.

Tabulka č. 9 Důvody umístění do zařízení

důvody vedoucí k umístění klienta do ústavního zařízení	počet	procent
náročnost péče	19	65,51%
nezájem ze strany primární rodiny	8	27,58%
nařízená ústavní výchova	1	3,44%
úmrť pečující osoby	1	3,44%

Pro účely hodnocení je skupina klientů rozdělena na dvě podskupiny:

- **A1** – klienti s pravidelným kontaktem s rodinnými příslušníky,
- **A2** – klienti trvale žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Tabulka č. 10 Zastoupení klientů v podskupinách

skupina	počet	procent
A1	19	65,50%
A2	10	34,50%

Ve sledované skupině **A1** jsou 3 klienti, u nichž je diagnostikován lehký stupeň mentální retardace a 16 klientů s diagnostikovanou středně těžkou mentální retardací

Tabulka č. 11 Stupeň mentální retardace v podskupině A1

skupina A1	počet	procent
lehká mentální retardace	3	15,80%
středně těžká mentální retardace	16	84,20%

Ve sledované skupině **A2** je 1 klient s diagnostikovaným lehkým stupněm mentální retardace a 9 klientů s diagnostikovanou středně těžkou mentální retardací.

Tabulka č 12 Stupeň mentální retardace v podskupině A2

skupina A2	počet	procent
lehká mentální retardace	1	10,00%
středně těžká mentální retardace	9	90,00%

Skupinu **A1** tvoří 5 žen a 14 mužů.

Tabulka č. 13 Počet mužů a žen v podskupině A1

skupina A1	počet	procent
ženy	5	26,30%
muži	14	73,70%

Skupinu A2 tvoří 1 žena a 9 mužů.

Tabulka č. 14 Počet mužů a žen v podskupině A2

skupina A1	počet	procent
ženy	1	10,00%
muži	9	90,00%

6.4 PERSONÁL DETAŠOVANÉHO ZAŘÍZENÍ M

O chod detašovaném oddělení domova M se v současné době stará 15 zaměstnanců, pracujících na pozicích pracovníka v sociální péči. Tuto skupinu tvoří 11 žen a 4 muži.

Tabulka č. 15 Počet mužů a žen

zaměstnanci oddělení M	počet	procent
muži	4	26,70%
ženy	11	70,30%

Věkové rozpětí zaměstnanců se pohybuje od 25 let do 65 let.

Tabulka č. 16 Věkové rozpětí zaměstnanců

věk	počet	procent
25 – 35 let	7	46,67%
36 – 45 let	2	13,33%
46 – 55 let	2	13,33%
56 – 65 let	4	26,66%

Dosažené vzdělání personálu detašovaného pracoviště M je střední odborné, úplné střední a vysokoškolské. Pokud se nejedná o vzdělání pedagogického typu, absolvovali zaměstnanci rekvalifikační kurz pracovníka v sociální péči se zaměřením na klienty se zdravotním postižením.

Tabulka č. 17 Stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání

stupeň vzdělání	počet	procent
střední odborné vzdělání	1	6,67%
úplné střední vzdělání	13	86,67%
vysokoškolské vzdělání	1	6,67%

Tabulka č. 18 Obory vzdělání

obory vzdělání	počet	procent
pedagogické vzdělání	6	40,00%
jiná	9	60,00%

Dalším kritériem je délka přímé péče u lidí s mentálním a kombinovaným postižením.

Tabulka č. 19 Délka přímé péče

celková délka přímé péče	počet	procent
0 – 1 rok	2	13,33%
1 – 5 let	2	13,33%
5 – 10 let	7	46,67%
10 let a více	4	26,66%

Zapojení personálu do hodnocení problémového chování klientů vyžadovalo stanovit minimální hranici délky pracovního zařazení na oddělení Domova M. Vycházeli jsme z předpokladu, že pro tak komplexní popis chování a jednání klientů je potřeba dlouhodobá praxe a získání individuálního přístupu ke klientům. Z možnosti hodnotit chování klientů jsme vyřadili dva zaměstnance, kteří měli délku přímé obslužné péče na oddělení M pod hranicí jednoho roku.

7 VÝZKUM

7.1 DOTAZNÍK

Forma dotazníku byla zvolena z důvodu rychlého sejmání údajů z většího počtu klientů. Otázky jsou voleny jako uzavřené (viz. přílohy č. 1 a 2), vždy se čtyřmi možnostmi odpovědí.

Hodnotící stupnice je sestavena takto:

1 (bod) není pravda,

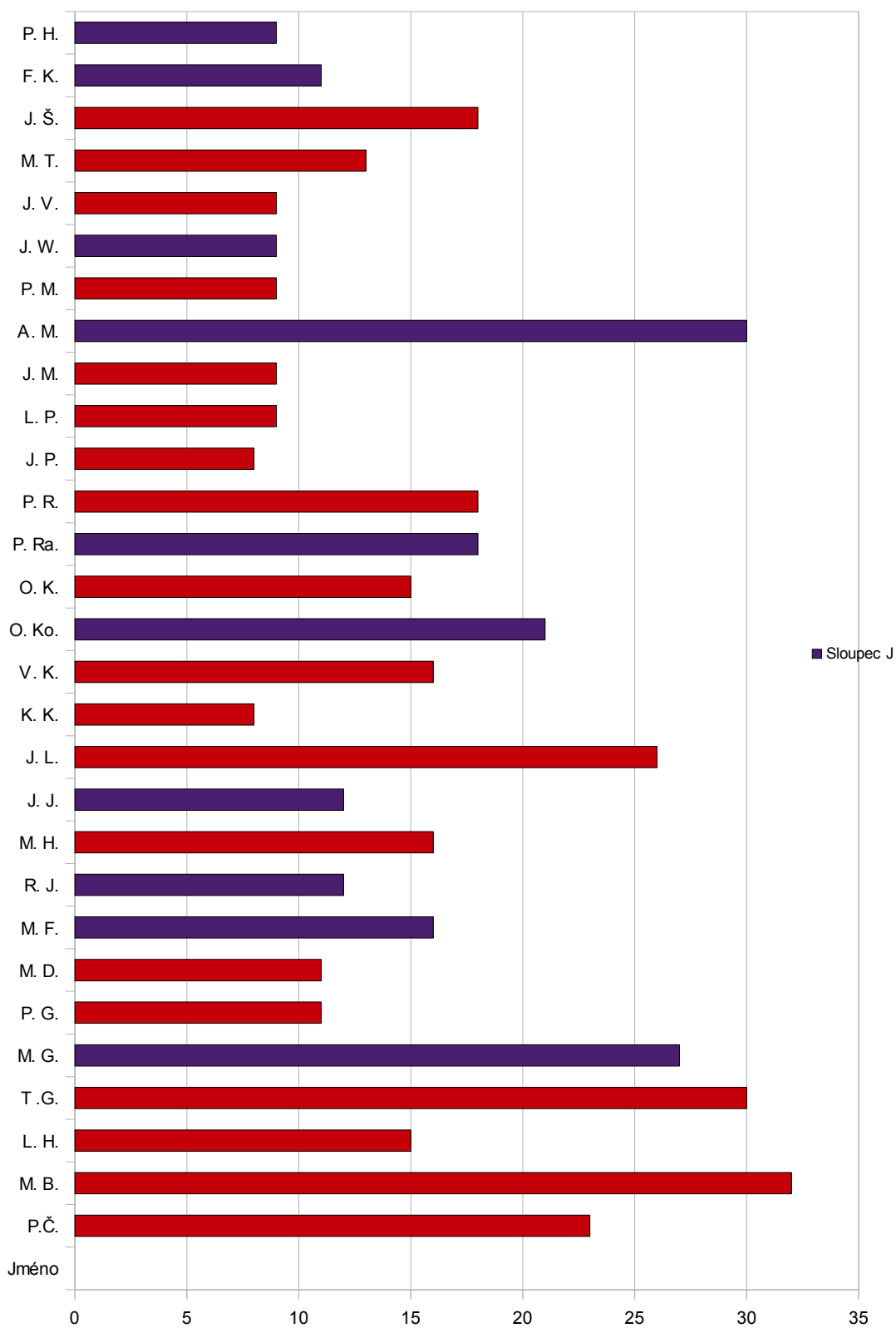
2 (body) zřídka,

3 (body) občas,

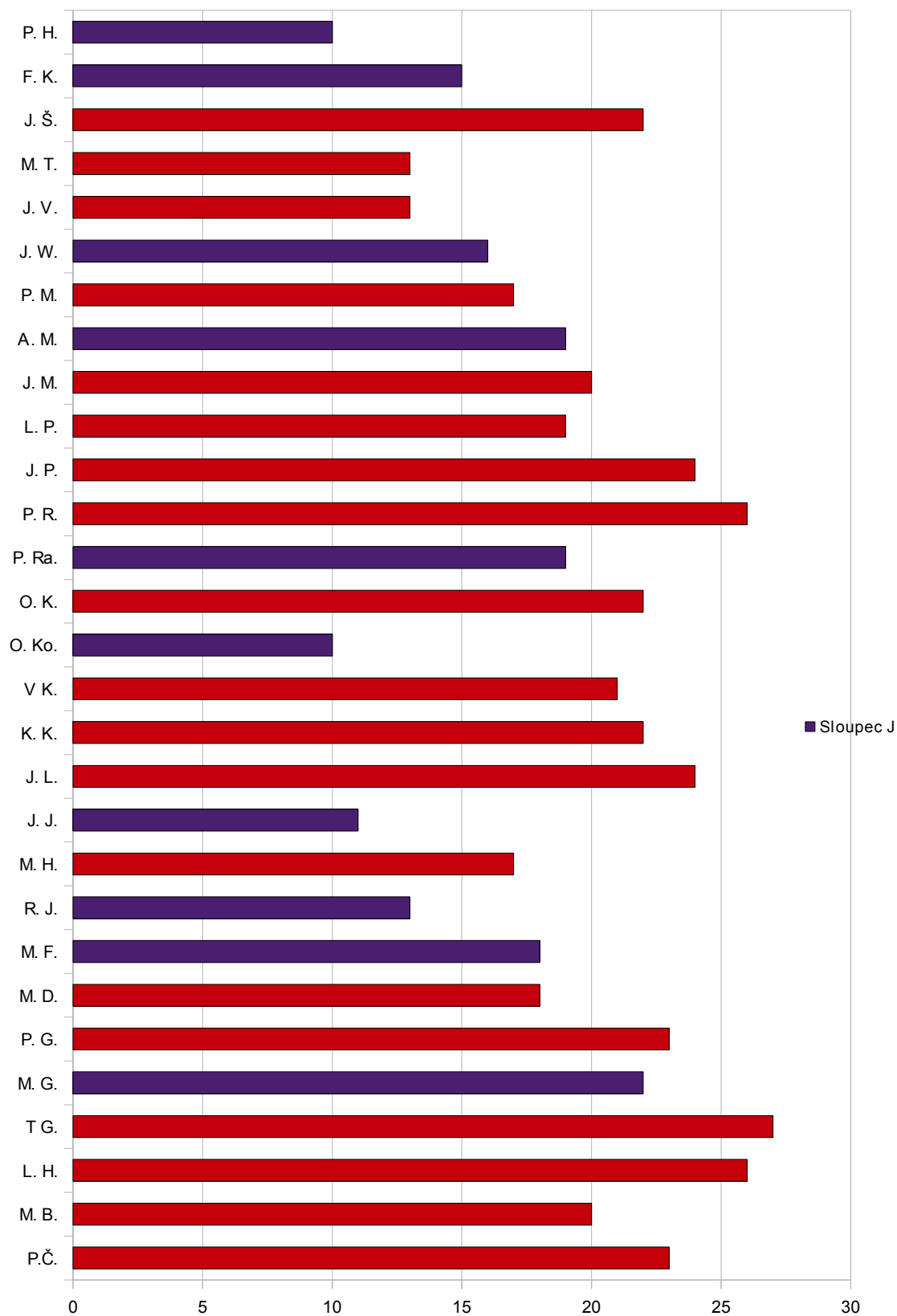
4 (body) velmi často.

Počet otázek je volen tak, aby neúměrně nezatěžoval personál zařízení, který hodnotí projevy chování klientů. Zadání dotazníku probíhalo u každého pracovníka individuálně, vždy s přihlédnutím k pochopení jednotlivých otázek. Časový rozsah projevů chování (depresivita, agresivita), kdy se personál snaží tyto projevy zachytit, je stanoven na dobu dvou měsíců po zadání dotazníku. K vyhodnocení dotazníku byla použita statistická metoda **modus** – jedná se o hodnotu, která se ve sledovaném souboru vyskytuje nejčastěji.

Graf č. 1 Pozorované agresivní chování klientů oddělení M



Graf č. 2 Pozorované depresivní chování klientů oddělení M



Graf 1 Agresivita: znázorňuje intenzitu agresivních projevů chování u klientů tak, jak ji zaznamenal personál zařízení. Nadprůměrné projevy agresivity se vyskytují u 4 klientů podskupiny A1 a 3 klientů podskupiny A2.

Tabulka č. 21 Intenzita agresivních projevů pozorovaných personálem

skupina	celkem	zvýšené projevy
A1	19	4
procent	100,00%	21,05%
A2	10	3
procent	100,00%	30,00%

Graf 2 Depresivita: znázorňuje intenzitu depresivních projevů chování u klientů tak, jak ji zaznamenal personál zařízení. Nadprůměrné projevy depresivity se vyskytují u 10 klientů skupiny A1 a 1 klienta skupiny A2.

Tabulka č. 22 Intenzita depresivních projevů pozorovaných personálem

skupina	celkem	zvýšené projevy
A1	19	11
procent	100,00%	57,90%
A2	10	1
procent	100,00%	10,00%

Budeme-li se dívat na negativní projevy chování jako na celek – sečteme-li tedy klienty, u kterých se vyskytují projevy zvýšené agresivity či depresivity z každé podskupiny zvlášť, vyjdou nám hodnoty pro podskupinu **A1** 12 klientů, pro podskupinu **A2** 3 klienti.

Tabulka č. 23: intenzita agresivních a depresivních projevů pozorovaných personálem

skupina	celkem	zvýšená
A1	19	12
procent	100,00%	63,20%
A2	10	3
procent	100,00%	30,00%

7.2 ROZHOVOR

Rozhovor byl veden s vybranou skupinou klientů domova pro osoby se zdravotním postižením M. Všechny rozhovory byly vedeny individuálně v osobním prostředí klientů tak, aby byla zajištěna co možná nejklidnější atmosféra pro dotazování. Pokud byli klienti z nějakého důvodu rozrušeni nebo v určité „nepohodě“, byl rozhovor odložen na pozdější dobu, kdy byla situace již zklidněná.

Otázky rozhovoru jsou sestaveny tak, aby směřovaly na každodenní chod domova a postihovaly většinu jeho složek – vztahy mezi klienty, vztahy klientů k (současnému) personálu zařízení, ke svým pracovním povinnostem, k volnočasovým aktivitám atd.. Záměrně jsme se snažili vyvarovat návodným otázkám, které by směřovaly klienty, kteří mají kontakt s rodinným prostředím, ke srovnávání (viz. příloha č. 3). Otázky jsou koncipovány jako uzavřené s možnými odpověďmi ANO/NE.

V průběhu vedení rozhovoru se ukázalo, že nebude možno vyhodnotit odpovědi u dvou klientů podskupiny **A2**. Otázky totiž nebyly správně chápány a tedy ani odpovědi na ně nebyly platné. Tito klienti byli z této části hodnocení vyjmuti.

Vyhodnocení výsledků rozhovoru probíhalo na základě kladných a záporných odpovědí klientů na jednotlivé otázky. Výsledné odpovědi z rozhovorů s klienty domova byly zaneseny do tabulky a přepočítány na procenta pro každou podskupinu samostatně.

Výsledné procentní hodnoty ukazují, jak jednotlivé podskupiny zvládají každodenní situace spojené s chodem domova a dále, jak jsou vytvořeny vztahy s ostatními klienty a vztahy s personálem domova.

Tabulka č. 24 Počty kladných a záporných odpovědí u podskupin

otázka	podskupina	kladná odpověď	záporná odpověď
1	A1	5	14
	procent	26,30%	73,70%
	A2	8	0
	procent	100,00%	0,00%
2	A1	7	12
	procent	36,80%	63,20%
	A2	5	3
	procent	62,50%	37,50%
3	A1	5	14
	procent	26,30%	73,70%
	A2	8	0
	procent	100,00%	0,00%
4	A1	7	12
	procent	36,80%	63,20%
	A2	6	2
	procent	75,00%	25,00%
5	A1	5	14
	procent	26,30%	73,70%
	A2	8	0
	procent	100,00%	0,00%

otázka	podskupina	kladná odpověď	záporná odpověď
6	A1	8	11
	procent	42,10%	57,90%
	A2	6	2
	procent	75,00%	25,00%
7	A1	6	13
	procent	31,60%	68,40%
	A2	8	0
	procent	100,00%	0,00%
8	A1	5	14
	procent	26,30%	73,70%
	A2	8	0
	procent	100,00%	0,00%

7.3 ROZBOR VÝSLEDKŮ ČINNOSTI

Analýza výsledků činnosti je založena na srovnání mezi klienty s kontakty s rodinnými příslušníky a rodinným prostředím a klientů žijícími trvale v prostředí domova. Zaměřili jsme se na to, jak klienti zvládají jednoduché početní operace – sčítání a odčítání do dvaceti, dále na odhad ceny, kdy klient měl za úkol přiřazovat k předmětům na obrázcích (základní potraviny) přibližnou cenu. V dalším bodě byl klientům předložen jednoduchý text a byly zkoumány čtenářské schopnosti a schopnost porozumět textu. V posledním bodě jsme se zaměřili na základní orientaci v pojmech každodenního života – položili jsme otázky týkající se časové orientace, dne v týdnu a navazujících dní, ročního období atd. (viz. příloha č. 4).

Výsledky činností, kterým byli podrobeni klienti domova, jsme zanesli do tabulek a přepočítali na procentní zastoupení pro každou skupinu zvlášť. Cílem bylo zjistit, kolik procent klientů z každé skupiny zvládne splnit požadovaný úkol.

Tabulka č. 25 Počty správných a chybných odpovědí u podskupin

úkol	podskupina	zvládá	nezvládá
1	A1	11	8
	procent	57,90%	42,10%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
2	A1	8	11
	procent	42,10%	57,90%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
3	A1	12	7
	procent	63,10%	36,90%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
4	A1	9	10
	procent	47,40%	52,60%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
5	A1	10	9
	procent	52,60%	47,40%
	A2	5	5
	procent	50,00%	50,00%

úkol	podskupina	zvládá	nezvládá
6	A1	12	7
	procent	63,20%	36,80%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
7	A1	15	4
	procent	78,90%	21,10%
	A2	5	5
	procent	50,00%	50,00%
8	A1	13	6
	procent	68,40%	31,60%
	A2	5	5
	procent	50,00%	50,00%
9	A1	11	8
	procent	57,90%	42,10%
	A2	1	9
	procent	10,00%	90,00%
10	A1	14	5
	procent	73,70%	26,30%
	A2	5	5
	procent	50,00%	50,00%

7.4 ZÁVĚR DISKUZE

Při výběru tématu bakalářské práce – Deprivace v ústavní péči, jsme si stanovili tři hypotézy:

- **H1** – Lze předpokládat vyšší úroveň dovedností u klientů s fungujícím rodinným zázemím?
- **H2** – Lze předpokládat nižší zapojení klientů do kolektivu domova?
- **H3** – Lze předpokládat vyšší fixaci na blízké osoby v rodině? Lze předpokládat těžší adaptaci na podmínky domova po ztrátě rodičů?

Na tyto položené otázky jsme se snažili nalézt odpovědi v praktické – výzkumné části práce.

Ve statistické analýze jsme použili data získaná v zařízení domova pro osoby se zdravotním postižením a to u klientů detašovaného pracoviště M. Na tomto pracovišti jsou umístěni klienti trpící lehkou a středně těžkou formou mentálního a kombinovaného postižení. Pro naši práci bylo podstatné, že jsou zde vedle sebe klienti v týdením a celoročním pobytu. To znamená, že část klientů odchází pravidelně na víkendy k opatrovníkům a část klientů zůstává v zařízení trvale. Právě data z těchto dvou skupin jsme postavili ve srovnání vedle sebe.

Ze speciálně pedagogických metod jsme použili metodu dotazníku, rozhovoru a analýzy výsledků činnosti. Ze získaných dat vyplynuly tyto skutečnosti:

1. Po vyhodnocení dat získaných analýzou výsledků činnosti byly zjištěny lepší schopnosti u klientů, kteří udržují kontakty s prostředím mimo Domov.
2. Použitá metoda rozhovoru potvrdila nižší zapojení klientů s rodinným zázemím do běžných činností domova, dále nižší kontakty mezi klienty a horší navazování vztahů s personálem zařízení.
3. Po provedené analýze projevů chování můžeme potvrdit předpoklad vyšší fixace klientů na rodinné prostředí. Toto je patrné zejména z depresivních a agresivních projevů chování. Ze stejného důvodu a z důvodu nevytvoření sociálních vazeb mezi klienty a mezi klienty a personálem můžeme usuzovat na těžší adaptaci na podmínky zařízení u klientů s rodinnými vazbami po ztrátě rodičů.

Výsledky z provedeného výzkumu ukazují na to, že většina klientů podskupiny **A1**, tedy klientů pravidelně trávící čas se svou rodinou, není v kolektivu domova adaptována. Dalším ukazatelem jsou sociální vztahy jak mezi klienty, tak mezi klienty a personálem. Z analýzy problémového chování vyplývá, že klienti mají sklon spíše k depresivnímu prožívání situací než k agresivním výbuchům. Naproti těmto zjištěným faktům se ukázalo, že tato podskupina vykazuje daleko lepší výsledky při měření schopností.

Využitelnou hodnotu dat získaných z výzkumu lze spatřovat v činnostech, které staví na individuálních schopnostech jednotlivých klientů, které výzkum ověřoval. Dále by se měla pozornost personálu zařízení zaměřit na klienty, u kterých se projevují depresivní projevy chování. Tyto projevy není zcela jednoduché odhalit, protože nejsou tak výrazné jako agresivní jednání. V tomto směru je zřejmé, že se práci podařilo poukázat na problém, který vyžaduje pozornost.

Přínos empirického šetření je možné vnímat i v detailním popsání sledované skupiny. Tento základ umožňuje změny ve struktuře zařízení tak, aby odpovídal individuálním požadavkům klientů dle jejich věku, míry postižení nebo životních zkušeností.

7.5 NÁVRHY OPATŘENÍ

7.6 OBECNÉ NÁVRHY

Návrhovaná opatření se soustřeďují na tři oblasti:

1. Změna dispozic zařízení,
2. vytvoření menších primárních skupin,
3. práce s personálem.

Navrhovaná opatření jsou seřazena tak, aby na sebe vzájemně navazovala. Postupuje se tedy od úpravy prostředí zařízení, do něho zasazených rodinných skupin a k těmto skupinám je vhodně zvolen personál.

Všechna tato opatření směřují od anonymního prostoru ve kterém se klienti „ztrácejí“ k prostoru rodinnému, reagujícímu na jednotlivé potřeby klientů, tedy k prostředí, které umožňuje maximální individuální přístup a péči.

7.7 KONKRÉTNÍ OPATŘENÍ

Na současném stavu zařízení lze spatřovat řadu nedostatků, jejichž vyřešením by bylo možné snížit intenzitu problémového chování klientů. Jak je uvedeno výše, budeme se věnovat dispozicím budovy, která ve své původní funkci sloužila pro potřeby mateřské školy a byla pouze upravena pro klienty detašovaného pracoviště v týdenním a celoročním pobytu.

Samotný komplex zařízení tvoří tři dvoupodlažní vzájemně na sebe navazujících budovy. Dvě budovy slouží k ubytování klientů a zbývající část zařízení je určena pro provozní zázemí – jídelna, kuchyně, divadelní místnost, kancelář, sklady. Soukromí klientů zajišťují dvojlůžkové pokoje, které ale nejsou vybaveny sociálním zařízením, to je vždy společné pro každé patro (toalety, sprchy). Společenské prostory jsou také řešeny centrálně pro celou skupinu bez ohledu na individuální potřeby klientů

Hlavní problém spočívá v otevřeném prostoru, který není rozčleněn do menších – rodinných částí. Celá skupina klientů je tak nucena se neustále střídat ve společných prostorách zařízení – chodby, sociální zařízení, společenská místnost... Navrhovaná opatření se zaměřují na úpravu prostoru, ve kterém klienti žijí a tráví svůj volný čas.

Dvojlůžkové uspořádání pokojů se ukázalo jako nejlepší možné řešení pro většinu klientů, nicméně měla by zde být i možnost jednolůžkových pokojů pro klienty, kterým vyhovuje ať již z důvodu věku (jsou zvyklí na klid) nebo z důvodů osobnostních „zvláštností“, klidnější bydlení a individuální přístup. Jednotlivé pokoje klientů by měly dále obsahovat sociální zařízen – toaletu, sprchu, aby nedocházelo, tak jako v současnosti, k tvorbě „pořadníků“ na hygienu. Z těchto, pro personál a klienty nepřehledných situací, vznikají velmi často konflikty jak mezi klienty, tak mezi klienty a personálem. Dalším požadavkem na vybavení jednotlivých pokojů je jednoduchá kuchyně a tam, kde jsou klienti schopni využívat základní kuchyňské spotřebiče, vybavit jimi tyto prostory. Toto uspořádání by umožňovalo přípravu jednoduchých jídel – snídaně, večeře přímo na pokojích klientů s asistencí personálu. Odpadla by tak nutnost využívat centrální kuchyň a jídelnu. Současný stav je takový, že se i ty nejjednodušší pokrmy se připravují v hlavní kuchyni a úkony s tímto spojené

provádí personál. Navíc současné jídelní prostory nejsou uzpůsobené pro celkovou kapacitu zařízení a je tedy nutné jíst „na etapy“. Opět zde vzniká prostor pro drobné i závažnější konflikty.

V navrhovaných opatřeních se nyní soustředíme na práci se skupinou klientů. Současný život v domově přináší výrazné zátěžové situace, které plynou z velkého počtu klientů, z rozlehlosti objektu a nesourodosti skupiny jak stupněm postižení, tak věkem. Právě věková nesourodost skupiny způsobuje, co se týče konfliktů uvnitř skupiny, asi nejzávažnější problémy a právě vytvoření čtyř na sobě navzájem nezávislých domácností, přináší možnost práce s klienty s blízkým věkovým rozložením i mírou postižení. Vnitřní dispozice budovy nám v tomto případě nabízejí vytvoření domácností vždy dělených dle pater objektu, tedy dvě domácnosti v jedné budově a stejné rozdělení připadá na druhou budovu. Každou domácnost by tvořilo pět bytů, tedy cca. deset klientů. Personál pro každou domácnost by byl stálý, nedocházelo by k jeho přecházení mezi domácnostmi.

V současnosti jsou klienti, kteří spolu sdílejí jednotlivé pokoje vybírání tak, aby si byli blízcí věkem, schopnostmi a u starších klientů i individuálními sympatiemi, ale zařízení stále funguje jako celek. Klienti se pohybují po celém areálu zařízení, dochází k různým potyčkám, ať mezi staršími a mladšími klienty, tak mezi klienty, kteří si nejsou z různých důvodů sympatičtí. Personál zde ztrácí přehled, protože „nemůže být všude“. Řešení těchto situací je také obtížné, protože vyjádření klientů o situaci bývají často protichůdná a velká skupina také nepřispívá ke zklidnění situace. Další situace, která z části souvisí s velikostí a uspořádáním skupiny, jsou „drobné krádeže“ a s tím spojené nedodržování osobního prostoru klientů. Drobnými krádežemi máme na mysli spíše korunové položky – sladkosti z nákupů za kapesné nebo drobné upomínkové předměty..., ztráty cennějších věcí se stávaly výjimečně. Přesto se opět dostáváme k problému, jak nastalou situaci řešit – velký prostor, nepřehlednost situace, atd. Rozčlenění zařízení na domácnosti dle věku, schopností, sympatií a zasazení těchto domácností do určitého rámce prostředí, které umožňuje klientům být samostatnými a personálu dává možnost přehledné orientace a rychlého řešení problémů, dojde ke zklidnění každodenních situací které souvisí s chodem domova a ke snížení problémového chování mezi klienty.

Závěrečným okruhem, ve kterém se snažíme nastínit možnosti, které zlepší životní podmínky klientů a následně i pracovní podmínky personálu, je zaměřen na pracovníky v přímé péči, tedy na ty, kteří se denně setkávají s klienty, řeší s nimi jejich soukromé záležitosti a jsou s nimi v neustálém kontaktu. Přesto, že se zmiňujeme o personálu domova v závěru kapitoly, patří jejich práce a snažení k tomu nejzásadnějšímu, na čem se dají budovat vzájemné vztahy a vztahy mezi klienty. Nové uspořádání struktury domova si vynucuje trvalé rozdělení personálu do rodinných skupin. Zde je nutný ohled na individuální předpoklady zaměstnanců. Práce s jednotlivými věkovými skupinami vyžaduje různé schopnosti personálu a při výběru je nutné zohlednit to, kam jednotlivý zaměstnanec inklinuje. Práce v tomto druhu zařízení s klienty s mentálním postižením, vyžaduje od personálu zvýšenou psychickou a v některých případech i fyzickou odolnost. Nároky na personál se dále stupňují závažností postižení klientů a také, jak je uvedeno výše, velikostí skupiny. Obecně lze říci, že na zaměstnance v této profesi jsou kladeny zvýšené nároky na empatii, porozumění, cit, potřebu pomáhat... Specifičnost práce s jedinci s mentálním postižením spočívá také v rozdělení moci a pravomocí a jistou intelektuální převahou, která v některých situacích svádí ke zneužití. Toto vše je ještě umocněno kolektivním zařízením. Z výše zmíněného pramení nebezpečí zneužívání svých pravomocí, sklouzávání k nadřazenosti, direktivnosti... K tomuto problému je nutno dodat, že se tímto způsobem může začít člověk chovat bez toho, aniž by si toto své jednání uvědomoval. Příčiny mohou být jednak v začlenění se mezi starší personál, nebo přetížením či vyhořením zaměstnance. Proto mezi navrhovaná opatření patří zmínka o supervizi, jak skupinové, tak individuální, která formou jistého průvodcovství ze strany supervizora, pomáhá zaměstnanci, týmu, skupině reflektovat vlastní přání a vztahy, hledat a nacházet nová řešení problematických situací. Zaměstnanci domova jsou také v řadě případů první „ukázkou“ toho, jak se daří zapojovat moderní přístupy k lidem s mentálním postižením. Právě komunikace s personálem a jeho zpětná vazba nám dává signály o fungování jednotlivých změn a jejich případném doladění do podoby, která by byla pro všechny strany ideální.

Všechna předchozí opatření na změnu dispozic budovy, zmenšení a upravení skupin klientů, práci s personálem, směřují k vytvoření vhodného prostředí jak pro klienty, tak pro zaměstnance zařízení. Zatímco u klientů sledujeme snížení nežádoucích projevů chování, u zaměstnanců chceme dosáhnout zlepšení jejich orientace ve skupině, snažšího

a efektivnějšího řešení problémů a tím snížení psychické zátěže, která působí negativně a v konečném důsledku vede ke zvýšení fluktuace zaměstnanců oddělením a opět se zpětně projevuje na klientech zařízení.

ZÁVĚR

V předložené bakalářské práci jsme se věnovali tématu deprivace v ústavní péči. Práce předložila teoretický rámec problému tak, jak je v současné době vyprofilován v České republice.

Bakalářská práce, její teoretická část, popsala hlavní okruhy které se pojí s tématem práce: provedli jsme historický exkurz popisující jednotlivé etapy vzniku a vývoje ústavní péče a naznačili její možné směřování. Dále byl institut ústavní výchovy postaven vedle rodiny, která tvoří primární skupinu a zajišťuje primární interpersonální vazby a komunikaci. Legislativní rámec jsme vymezili zákonem číslo 94/1963 Sb. o rodině, zákonem číslo 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí a citujeme i ze zákona číslo 99/1963 Sb. o občanském soudním řádu. V samém závěru práce jsme se okrajově věnovali problematice mentálního postižení. Toto téma je zmíněno z důvodu provázanosti na praktickou část bakalářské práce, kdy právě výzkum probíhal s klienty trpícími mentální a kombinované postižení.

V praktické části jsme se podrobně zaměřili na představení domova pro osoby se zdravotním postižením, a zejména jsme se věnovali detašovanému pracoviště M, kde probíhala výzkumná část práce. Dále jsme se zaměřili na klientům domova a v neposlední řadě i na jeho zaměstnance. Obě skupiny jsou podrobně popsány z různých hledisek.

Do výzkumné části byl zapojen personál zařízení, konkrétně se účastnil dotazníkové metody, jež sbírala data o chování klientů. Personál zařízení spolupracoval i při sběru dat, která se týkala schopností jednotlivých klientů, kdy předkládal úkoly a zanášel výsledky do tabulek.

V samotném výzkumu, jsme podrobili zkoumání problémového chování u vybrané skupiny klientů domova. Dali jsme si za cíl postihnout intenzitu agresivního a depresivního chování u sledované skupiny. Jak již bylo zmíněno výše, spolupracovali jsme s personálem, který zanesl svá pozorování do tabulek a ty byly následně zpracovány. Další výzkumná metoda probíhala formou rozhovoru a byla již zpracovávána individuálně s každým klientem.

V otázkách byla snaha o postihnutí běžných činností domova a vztahů mezi klienty, a mezi klienty a personálem. Třetí stanovenou výzkumnou metodou byla analýza výsledků činnosti. Zaměřili jsme se na schopnost provádět jednoduché početní operace, čtení a porozumění textu a dále na základní orientaci v běžných denních činnostech a v běžném denním přehledu. V tomto bodě šetření nám byl opět nápomocen personál zařízení, díky němuž jsme sejmuli data s daleko větší rychlostí, než by bylo možné při práci jednoho člověka.

Bakalářská práce si dala za cíl popsat všechny důležité aspekty týkající se ústavní péče a deprivace s ní spojené. Snažili jsme se ověřit předpoklady, které jsme si stanovili na počátku práce a zaujmout k nim postoj vycházející z konkrétního šetření. V těchto bodech práce splnila svůj cíl.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pozorované agresivní chování klientů oddělení M

Graf č. 2 Pozorované depresivní chování klientů oddělení M

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Počet mužů a žen

Tabulka č. 2 Stupeň mentálního postižení

Tabulka č. 3 Věkové rozložení klientů

Tabulka č. 4 Věkové rozložení

Tabulka č. 5 Počet mužů a žen

Tabulka č. 6 Délka ústavního pobytu

Tabulka č. 7 Stupeň mentálního postižení

Tabulka č. 8 Intenzita kontaktu s rodinou

Tabulka č. 9 Důvody umístění do zařízení

Tabulka č. 10 Zastoupení klientů v podskupinách

Tabulka č. 11 Stupeň mentální retardace v podskupině A1

Tabulka č. 12 Stupeň mentální retardace v podskupině A2

Tabulka č. 13 Počet mužů a žen v podskupině A1

Tabulka č. 14 Počet mužů a žen v podskupině A2

Tabulka č. 15 Počet mužů a žen

Tabulka č. 16 Věkové rozpětí zaměstnanců

Tabulka č. 17 Stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání

Tabulka č. 18 Obory vzdělání

Tabulka č. 19 Délka přímé péče

Tabulka č. 20 Intenzita agresivních projevů pozorovaných personálem

Tabulka č. 21 Intenzita depresivních projevů pozorovaných personálem

Tabulka č. 22 Intenzita agresivních a depresivních projevů pozorovaných personálem

Tabulka č. 23 Počty kladných a záporných odpovědí u podskupina

Tabulka č. 24 Počty správných a chybných odpovědí u podskupin

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ČADILOVÁ, Věra, JŮN Hynek, THOROVÁ Kateřina. *Agrese u lidí s mentálním postižením a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

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

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny (nakladatelství a vydavatelství), 1994. ISBN 80-7106-085-2.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HINTNAUS, Ladislav. *Člověk a rodina. Smysl a funkce rodiny: (Anatomie; fyziologie a patologie lidské rodiny)*. 1. vyd. České Budějovice. Jihočeská univerzita, 1998. ISBN 80-7040-315-2.

LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

MALÁTEK, Vojtěch, POLONSKÝ, Dušan. *Metody sociologického výzkumu*. 1. vyd. Karviná: Slezská univerzita, 1998. ISBN 80-7248-015-4.

MAŇÁK, Josef, ŠVEC, Vlastimil. *Cesty pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Paido: Brno 2004. ISBN 80-7315-078-6.

MATĚJČEK, Zdeněk, KOVAŘÍK, Jiří. *Pozdní následky deprivace a subdeprivace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMEIER, Josef. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum 1., 2011. ISBN 978-80-246-1983-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

PÖRTNER, Marlis, BABKA, Petr. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

REDDY, Lokanadra, G, MALINI, Sujatha, J, KUSUMA, A. *Mental Retardation Education and Rehabilitation Services*. First published: 2004, Discovery Publishing House. ISBN 81-7141-786-8.

RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů*. 1. vyd. Praha. Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-544-8.

zákon č. 94/1963 Sb., *zákon o rodině*

zákon č. 99/1963 Sb., *občanský soudní řád*

zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*

zákon č. 109/2002 Sb. *o výkonu ústavní výchovy nebo ochrany výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních*

zákon č. 359/1999 Sb., *o sociálně právní ochraně dětí*

zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*

zákon 195/1998 Z. z., o sociálnej pomoci

zákon 222/1996 Z. z., o organizácii miestnej štatnej správy

zákon 279/1993 Z. z., o školských zariadeniach

zákon 305/2005 Z. z., o sociálnej ochrane detí a o sociálnej kuratele

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Seznam testových otázek testu agresivity

Příloha č. 2 Seznam testových otázek testu depresivity

Příloha č. 3 Seznam otázek použitých při rozhovoru

Příloha č. 4 Seznam činností použitých pro analýzu výsledků činnosti

Příloha č. 5 Žádost pro rodiče/opatrovníky

AGRESIVITA – testové otázky

1. Vyrušuje při hře, v práci,
2. používá verbální agresi,
3. je přítomno sebezraňující chování,
4. projevuje se nepřímá agresivita (například se jedná o pomluvy nebo o výbuchy hněvu, bouchání dveřmi, kde není negativní efekt namířen proti nikomu konkrétnímu),
5. pere se, bije, kope ostatní klienty,
6. je destruktivní (ničí zařízení, vybavení...),
7. má záchvaty zuřivosti,
8. je negativistický/á (opoziční chování, které je namířeno proti autoritám, od neochoty ke spolupráci, až po otevřenou vzpouru).

DEPRESIVITA – testové otázky

1. Je smutný/á,
2. je plačtivý/á,
3. je znuděný/á,
4. často fňuká, stěžuje si,
5. špatně spí (například po návratu z domova),
6. je ustrašený/á,
7. je často unavený/á,
8. nemá chuť k jídlu.

ROZHOVOR – seznam položených otázek

1. Líbí se Ti v Domově, jsi zde spokojený/á?
2. Máš zde kamarády?
3. Máš zde oblíbeného vychovatele/vychovatelku?
4. Těšíš se do školy/práce?
5. Těšíš se na kroužky?
6. Pomáháš rád? (jsou myšleny drobné pomocné práce při chodu zařízení)
7. Zúčastňuješ se rád vycházek/výletů?
8. Těšíš se na letní tábor?

ČINNOSTI

1. Početní operace,
2. odhad ceny,
3. čtení,
4. porozumění textu,
5. časová orientace,
6. aktuální datum,
7. aktuální den v týdnu,
8. dny v týdnu (postupně),
9. roční období (postupně),
10. jméno prezidenta ČR.

Vážení rodiče\opatrovníci

Obracím se na Vás se žádostí o umožnění zpracování údajů týkajících se narozený/ná v bakalářské práci, která má za cíl posoudit odlišnost projevů v chování u klientů, kteří mají vybudované rodinné vztahy, oproti klientům bez těchto rodinných vazeb a vlivu těchto vazeb na celkový psychický vývoj.

V bakalářské práci nebudou zveřejněny žádné osobní údaje uživatele (jméno nebo datum narození).

souhlasím

nesouhlasím

V dne

podpis

Za vámi projevenou ochotu děkuji. Petr Šmok

V případě Vašich dotazů uvádím svůj telefon a e-mail.

Tel: 777262414

E-mail: petr.smok@tul.cz