

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2012

Jaroslava Seifertová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Jaroslava Seifertová

3. ročník- prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. st. ZŠ a SŠ

-

Německý jazyk zaměřený na vzdělávání

**VÝVOJ ZAŘÍZENÍ ÚSTAVNÍ PÉČE
PRO OSOBY S MENTÁLNÍ POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D

OLOMOUC 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Vývoj zařízení ústavní péče pro osoby s mentálním postižením vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci, 3. dubna 2012

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D za vydatnou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Jaroslava Seifertová

OBSAH

ÚVOD.....	5
1 Charakteristika jedinců s mentálním postižením.....	7
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace a mentální postižení	7
1.2 Klasifikace, modely a stupně mentální retardace	8
1.2.1 Klasifikace mentální retardace	8
1.2.2 Modely mentální retardace	10
1.3 Osobnost jedince s mentální retardací	11
1.4 Psychologická specifika jedince s mentálním postižením	12
2 Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením	16
2.1 Historie ústavní péče.....	17
2.2 Funkce ústavů	19
2.3 Druhy zařízení ústavní péče pro zdravotně postižené.....	21
2.3.1 Druhy zařízení ústavní péče do roku 2007	21
2.3.2 Druhy ústavního zařízení pro zdravotně postižené od roku 2007	23
3 Současné charakteristiky ústavních zařízení pro osoby s mentálním postižením z různých hledisek.....	26
3.1 Charakteristika z hlediska poskytovaných služeb.....	26
3.2 Ekonomické charakteristiky	28
3.3 Charakteristika z hlediska personálního	30
4 Domov pro jedince se zdravotním postižením BARBORKA	32
4.1 Cíle a otázky praktické části práce.....	32
4.2 Metodologie výzkumu	32
4.2.1 Metody sběru dat	33
4.2.2 Metody analýzy získaných dat	34
4.3 Výzkumný vzorek.....	34
4.4 Analýza a interpretace získaných dat.....	35
4.4.1 Základní informace o Domově Barborka	35
4.4.2 Charakteristika Domova Barborka z hlediska poskytovaných služeb.....	36
4.4.3 Zásady poskytování služeb.....	39
4.4.4 Charakteristika Domova Barborka z hlediska personálního	40
4.4.5 Charakteristika Domova Barborka z hlediska ekonomického	42
4.5 Analýza výsledků výzkumu.....	43
ZÁVĚR.....	45
SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	46
SEZNAM PŘÍLOH	49
ANOTACE	

ÚVOD

Problematika jedinců s mentální či jakýmkoliv jiným postižením byla, je a ještě nějakou dobu zřejmě bude velmi složitá. Jedním z nejvíce diskutovaných témat v souvislosti s jedinci s mentálním postižením je beze sporu jejich výchova a péče. A právě ústavní péči o osoby s mentálním postižením jsme zvolili jako téma mé bakalářské práce.

Tuto práci jsme rozdělili do čtyř kapitol. V první kapitole je věnována pozornost mentálnímu postižení obecně, charakteristice a klasifikaci jednotlivých stupňů mentální retardace a v závěru této kapitoly se věnuji psychologickými specifiky jedinců s mentální retardací.

V druhé kapitole se zabýváme již hlavním tématem mé práce a tím je ústavní péče o jedince s mentálním postižením. Na začátku této kapitoly nastiňujeme historii ústavní péče a tak se od označení špitály přes ústavy sociální péče dostáváme až k současnému pojmenování domovy pro jedince se zdravotním postižením. Jsou zde také naznačeny přístupy k těmto osobám v jednotlivých historických obdobích. Protože v roce 2007 přichází v platnost nový zákon č. 108/2006 Sb., druhy jednotlivých ústavních zařízení jsou časově rozděleny do dvou podkapitol a to právě z důvodu změny zákona.

Obsahem třetí kapitoly jsou současné charakteristiky domovů pro osoby s mentálním postižením. Zvolili jsme tři, dle našeho názoru, nejdůležitější hlediska, které ovlivňují jak kvalitu, tak i správný chod ústavního zařízení určené právě pro tyto jedince. Jsou jimi tedy hledisko poskytovaných služeb, hledisko personální a ekonomické. V této části vycházíme převážně ze zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách a z vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Čtvrtou a poslední kapitolou je výzkum, pro který jsme zvolili jedno z nejmodernějších ústavních zařízení určené jedincům s mentálním postižením a je jím- Domov pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA. Vybrali jsme toto zařízení proto, abychom dokázali naznačit posun v ústavní péči o jedince s mentálním postižením. Posun od historie, kde jsme mluvili o označování těchto osob jako posedlých zlými duchy a jediným způsobem jak je napravit, bylo vymytání zlých duchů pomocí mučení a později například přístroje zvaný centrifuga, případně je ihned po narození zahubit. Také jsme chtěli v souvislosti se změnou ústavní péče, naznačit změnu v přístupu společnosti k jedincům s mentálním postižením, který se v historii měnil od negativního přes charitativní, po snahu o pomoc a podporu v rámci ústavní péče, až po úsilí začlenit je do společnosti a života majoritní společnosti.

Moderní zařízení jsme tedy vybrali také z toho důvodu, abychom ukázali, že i u nás, v České republice, se myšlení lidí změnilo, začali chápat potřebu pomáhat, vychovávat a vzdělávat jedince s mentálním postižením a ne před nimi zavírat dveře a považovat je za „nevzdělavatelné a nepotřebné.“

1 Charakteristika jedinců s mentálním postižením

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace a mentální postižení

Jev mentální retardace je velmi složitý vzhledem k podmiňujícím faktorům, stanovení jednoznačné definice není snadnou záležitostí. Proto v současné době existuje značné množství definic, proto uvedeme pro komparaci několik a to podle nejvlivnějších autorů této oblasti. (Renotierová, Ludíková, 2003)

Termín mentální retardace byl uveden ve 30. letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci (AAMD). Vlastní název mentální retardace vychází z lat. mentis=mysl a retardare=zdržet, zaostávat (Vašek, 1994). Valenta (2007, s. 11) považuje tento termín za poměrně nejednoznačný, volně jej však překládá jako „zpoždění duševního vývoje.“

MKN- 10: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo úplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu duševního vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence.*“ (in Valenta, 2007, s. 12)

Vágnerová ve své publikaci Psychopatologie pro pomáhající profese (2004, s. 146) charakterizuje mentální retardaci „*jako souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“

Jednou z nejčastěji používaných definic pojmu mentální retardace je od Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek, Dolejší (1973, s. 36) tedy uvádí: „*MR je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečném genetickém vloh, porušeném stavu anatomicko- fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasytování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, deficitním učením, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušeností individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“

Z tohoto vyplývá interdisciplinární charakter pohledu na jedince s mentálním postižením a také vyjadřuje zaostávání vývoje duševního za tělesným, a to vzhledem k stupni, druhu, příčině mentálního postižení. (Renotierová, Ludíková, 2003)

„*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, pohybových a sociální schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ (Valenta, Müller, 2007, s. 12)

Z výše uvedených definic vyplývá, že se jedná tedy o duševní poruchu se sníženou inteligencí. Mentální postižení- jedná se o širší, zastřešující pojem, který označuje všechny jedince s IQ pod 85.

1.2 Klasifikace, modely a stupně mentální retardace

1.2.1 Klasifikace mentální retardace

Stejně jako stanovení definice koresponduje určení systémů klasifikace. Velmi důležité je brát ohled na jedinečnost tohoto postižení. Toto také potvrzuje definice od Myslivečka, v níž se autor zmiňuje o vývoji somatopsychické osobnosti, „*který je nesouměrný jakožto chorobný produkt přírody, a to u každého jedince jinak. Proto se každý postižený individuálně liší od druhého, byť byli na stejném stupni vývoje.*“ (Černá a kol., 1982, s. 23)

Hledisko jedinečnosti je zvýrazněno v řadě klasifikačních systémů, jejichž počet se odhaduje na 50.

O jednotnost klasifikace mentální retardace se snažila Světová zdravotnická organizace (WHO), která roku 1968 v rámci 8. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti vymezila jednotlivé stupně oligofrenie pomocí IQ. V současné době je v našich zemích i ve světě používána však 10. revize, která uvádí:

„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí.“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů- 10. revize, 2008)

V souladu s novou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revizí vydanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě se mentální retardace člení do následujících kategorií:

F 70- Lehká mentální retardace- IQ 50- 69

F 71- Středně těžká mentální retardace IQ- 35- 49

F 72- Těžká mentální retardace- IQ 20-34

F 73- Hluboká mentální retardace- IQ pod 20

F 78- Jiná mentální retardace

F 79- Nespecifikovaná mentální retardace

Lehká mentální retardace- Vítková (1998) uvádí, že jednou ze základních charakteristik poruch myšlení je neschopnost dosáhnout přiměřené úrovně rozvoje logického myšlení. Opožďuje se vývoj řeči, převládá agramatizmus, přetrvává dyslálie. Vítková (1998) dále uvádí, že nedostatečné vyjadřování myšlenek a přání brání dítěti v socializaci. Dle Valenty, Müllera (2007) je většina klientů schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a na rozdíl od Vítkové (viz výše) uvádí, že se většina klientů pohybuje v sociálně méně náročném prostředí vcelku bez problémů a bez omezení.

Lehká mentální retardace se udává mezi IQ 50- 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let) a tvoří asi 80% jedinců s mentální retardací. (MKN- 10, 2008)

Středně těžká mentální retardace- Lechta (2002) ve své publikaci uvádí, že hranice mezi střední a těžkou retardací vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v mluvních výkonech. Ve shodě Lechtou u těchto klientů se setkáváme s výrazně omezenou řečí a myšlením, schopnost sebeobsluhy je také velmi snížena. Co se týče řeči, ta je jednoduchá, obsahově chudá, v některých případech může zůstat na nonverbální úrovni.

Valenta, Müller (2007) ve své publikaci uvádí, že klienti tohoto stupně mentální retardace vyžadují chráněné prostředí po celý život, tj. chráněné bydlení a zaměstnání. Opoždění psychického vývoje je často kombinováno s neurologickými, tělesnými poruchami, ale také s epilepsií. Příčina tohoto stupně je většinou organického původu. (Valenta, Müller, 2007)

U středně těžké mentální retardace IQ odpovídá rozmezí 35 - 49 (v dospělosti odpovídá mentálnímu věku 3 - 9 let). Výskyt v populaci jedinců se středně těžkou mentální retardací je asi 12%. (MKN- 10, 2008)

Těžká mentální retardace- pro tento stupeň je charakteristický opožděný psychomotorický vývoj, možnosti sebeobsluhy jsou trvale a výrazně limitované, řečový projev je spíše nonverbální, vzácně se objevují jednotlivá slova. „Časté jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 14)

Tvoří 7% z počtu všech osob s mentální retardací. Zjištěné IQ se pohybuje v pásmu 20 - 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 - 6 let). (MKN- 10, 2008)

Hluboká mentální retardace- u jedince, který trpí hlubokou mentální retardací, se nerozvíjí žádné dovednosti ani návyky. Typická je porucha kontaktu, a proto nepoznává nic ve svém okolí. Řeč není osvojena, jedinec tak vydává pouze neartikulované zvuky. Další znakem jsou

stereotypní mimovolní pohyby. U takového jedince se vyžaduje trvalého ošetřování a to po všech stránkách (krmení, tělesná hygiena). (Monatová, 1995)

Monatová (1995) dále uvádí, že se tito jedinci nedožívají příliš vysokého věku, z důvodu nedostatečné obranyschopnosti organismu vůči chorobám. IQ dosahuje nejvýše 20 bodů (v dospělosti odpovídá věku 3 roky). Tato skupina tvoří 1% jedinců s mentální retardací. (MKN- 10, 2008)

Jiná mentální retardace- Tato kategorie se používá, jestliže je nesnadné nebo nemožné určit stupeň mentální retardace pro přidružený defekt nebo se u osob s handicapem projevují těžké poruchy chování, autismus či závažné somatické postižení. (MKN- 10, 2008)

Nespecifická mentální retardace- mentální retardace je prokázána, ale není dostatek podkladů pro zařazení jedince do výše uvedených stupňů. (MKN- 10, 2008)

Často bývá užíváno i mnoho jiných hledisek členění mentální retardace, nejčastějším je však hledisko hloubky postižení či příčiny a doby jeho vzniku. Dle doby vzniku bychom mohli mentální retardaci rozdělit na prenatální (v době před porodem), perinatální (při porodu), postnatální (těsně po porodu, v pozdějším věku). Příčinou nejčastěji bývá poškození mozku, které může být zděděné, vrozené či získané, toto je jedno z dalších dělení.

1.2.2 Modely mentální retardace

V současné době se můžeme setkat se třemi základními modely mentální retardace, autorem tohoto dělení je Lečbych (2012), který říká, že je nutné změnit společenské systémy a najít nové přístupy k lidem s mentální retardací a to vše souvisí se začleněním právě těchto jedinců do běžné společnosti. Prvním a nejvíce rozšířeným modelem je MODEL LIMITAČNÍ, tomuto modelu nejvíce odpovídá následující definice MR: „závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, str. 151)

Tento model se rozvíjí již od minulého století a má dlouhou tradici ve zdravotnictví. Mentální retardace je vymezena jedincem a jsou zde především naznačeny nedostatky, omezení (limity) a zpomalený vývoj vzhledem k normě určitého věku. Diagnostika osob s mentální retardací vychází především ze zjišťování intelektuální úrovně.

Přičemž její hranice je stanovena hodnotou IQ pod 70 bodů a jednotlivé stupně mentální retardace (lehká, středně těžká, těžká, hluboká) jsou vymezené určitým intervalem hodnoty IQ. Tento model však v současné době do jisté míry pozbývá smyslu, protože považuje za nejvhodnější způsob života mentálně postižených chráněné či ustavní prostředí. Avšak jedinci s tímto postižením mají právo, ostatně jak každý jiný, žít v přirozeném prostředí. Toto svědčí o tom, že limitační model má minimální využití vzhledem k nynějšímu trendu integrace a inkluze těchto jedinců.

Druhým modelem je MODEL POPISNÝ, který se oproti předchozímu snaží předcházet negativním jevům vycházejícím z tzv. labeling- nálepkování, což znamená, že k popisování osobnosti se používají převážně diagnózy. Člověk tak získá určitou „nálepkou“ tedy označení, které je však velmi zobecňující. Důraz je kladen na osobnost člověka, ne na jeho postižení či znevýhodnění. Každá osobnost je jedinečná, je zde zdůrazněna lidskost stojící na prvním místě a až na místě druhém stojí mentální retardace. Proto je používáno označení „lidé s mentální retardací“ a ne „mentálně retardovaný člověk“. Výhoda tohoto modelu spočívá zejména v boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentální retardací. Velkou roli zde hraje také osvětová činnost.

Třetím a posledním modelem je MODEL EKOLOGICKÝ, který označován jako nejvhodnější vzhledem k současnému trendu integrace jedinců s mentálním postižením. Ekologický model je také prosazován AAMR, jehož pojetí říká, že mentální retardace je dána interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředí, ve kterém žije, z tohoto vyplývá, že mentální retardace není znak vymezený pouze jednotlivcem.

Výhodou tohoto modelu je jeho praktická využitelnost, protože zdůrazňuje integrační povahu mentální retardace mezi jednotlivcem a prostředím. (Lečbych, 2012).

1.3 Osobnost jedince s mentální retardací

Osobnost je velmi složitý systém, soubor vlastností, částí a jejich vzájemných vztahů. Můžeme tedy říci, že osobnost je útvar, jehož jednotlivé části jsou podřízeny celku. Osobnost velmi výrazně ovlivňuje přírodní a společenská prostředí, do kterých je každý z nás zařazen.

„Termín osobnost užíváme k označení člověka z psychologického hlediska. Můžeme tak označit jednotlivce, ale také skupinu lidí s určitými společnými znaky.“ (Čáp, 1980, s. 57)

Může se tak jednat například o skupinu jedinců s mentální retardací, pro něž jsou typické určité stavy, vlastnosti a projevy psychiky.

Krejčířová (in Renotierová, Ludíková, 2003, s. 163) uvádí, že „*psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu neodhalených možností, zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice apod. Každý jedinec s mentální retardací je svébytnou bytostí s vlastními problémy a vývojovými možnostmi, které je možné a nutné rozvíjet.*“

Vágnerová (2004) uvádí, že jedinec s mentální retardací má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé, ale jeho potřeby mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány.

Učení však není jediným činitelem, protože současně s ním probíhá proces zrání, který přináší také mnoho vývojových změn, které zasahují oblast psychiky a chování. (Švarcová, 2006)

Magda Hogenboom (2001) se ve své publikaci *Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen*, kde se zabývá klasifikací mentální retardace z hlediska genetického, považuje za velmi důležité v její práci lékařky přesvědčení, že každý člověk je jedinečný a právě genetické zvláštnosti u osob s mentálním postižením vyjadřují znak jejich jedinečnosti.

1.4 Psychologická specifika jedince s mentálním postižením

Langer (1995) ve své publikaci uvádí, že postižený jedinec je takový, který má nedostatek v některé životně důležité funkci nebo případně mu některá z těchto funkcí chybí. Znaky, které se tímto vyznačují, rozděluje Langer (1995) do dvou skupin- znaky primární a sekundární. Znaky primární jsou ty, které vyplývají ze samotného nedostatku. Znaky sekundární představují změnu psychiky, tedy znaky, které vyplývají ze změněné psychiky. Přičemž znaky primární spadají spíše pod lékařské obory, druhá skupina znaků zase pod dalších vědní obory, např.: psychologie, speciální pedagogika, psychopatologie, etika aj.

U jedinců s postižením se velmi často objevují pocity beznaděje a také vědomí z vyřazení z lidské společnosti- segregace, právě pro překonávání těchto krizových období je velmi důležitá sekundární oblast. „*Toto rozdělení má význam pro výchovu, terapii a profesionální orientaci postižených, u nichž se nelze omezovat pouze na odstraňování, terapii nebo kompenzaci primárních nedostatků.*“ (Langer, 1995, s. 44)

Jedince s mentálním postižením nelze přirovnávat k mladšímu intaktnímu jedinci, protože se nejedná pouze o změnu kvantitativní stránky vývoje, ale samozřejmě také o změnu kvalitativní. Valenta, Müller (2007) dále uvádí ve své publikaci *Psychopedie*, že, u jedince s mentálním postižením nejde jen o časové opožďování vývoje duševního, ale také o vývojové změny strukturální povahy

Vnímání

Čítí a vnímání jsou procesy bezprostředního odrazu skutečnosti, jsou jakýmsi základním kamenem poznání. (Černá, 1982)

Obsahem poznání jsou počítky, které odráží jednotlivé znaky podnětu, dále obsahem poznání jsou vjemy (souhrn počítků) nebo představy. (Valenta, Müller, 2007)

Základem bezprostředního vnímání je vytvoření zásoby podmíněných reflexů. U intaktních jedinců je tento proces velmi rychlý, kdežto u jedinců s mentální retardací je utváření počítků a vjemů pomalé a plně nedostatků. (Černá, 1982)

Rubinštejnová (1973 in Valenta, Müller, 2007) uvádí následující zvláštnosti percepce osob s mentální retardací:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání (zde je rozdíl v pohybu zraku, osoba s mentální retardací vidí postupně, proto se stěžuje orientace v novém prostředí a pochopení perspektivy),
- nediferenciovanost počítků a vjemů- tvarů, předmětů a barev, zvláště je pak porušena diskriminace figury a pozadí,
- inaktivita vnímání, což znamená, že jedinec není schopen vnímat všechny detaily,
- snížená citlivost hmatových vjemů,
- nedokonalé vnímání času a prostoru,
- špatná koordinace pohybu,
- pro akustický analyzátor je charakteristická opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení.

Výše uvedené nedostatky je možné vcelku úspěšně překonávat speciálními pedagogickými přístupy a metodami.

Pozornost

Černá (1982, s. 25) definuje pozornost jako „aktivní zaměřené vědomí.“

Pozornost můžeme rozdělit na záměrnou, která má charakter podmíněného reflexu a je úzce spjata s vůlí, a dále na pozornost bezděčnou- jedná se o mimovolní zaměřování se na intenzivní podněty. Jedinec s mentální retardací je schopen si záměrnou pozornost udržet kratší dobu než jedinec intaktní. Kysučan (1982 in Valenta, Müller, 2007) konstatuje, že záměrná pozornost vykazuje nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit se na více částí, dále je pro ni typické, že při nárůstu kvantity dochází také k nárůstu počtu chyb. Sovák (1986, s. 127) se s tímto shoduje a ve své publikaci uvádí, že pozornost u těchto jedinců *„je nedostatečně vyvinuta a zaměřuje se nejvíce na pudové potřeby. Navozená*

pozornost je velmi labilní a krátkodobá (pro sníženou schopnost koncentrace).“

Myšlení a řeč

Myšlení jako nejvyšší poznávací funkce je podle Linharta (1981 in Černá, 1982) „*zobecněný a společenskými znalostmi zprostředkovaný proces odrážení skutečnosti uskutečňující se nejčastěji pomocí slova.*“

Myšlení můžeme rozdělit do různých forem, např.: myšlení primitivní, symbolické, logické. Velká konkrétnost a nízká schopnost zobecňování je typickým znakem jedince s mentální retardací. (Černá, 1982)

Dalším charakteristickým znakem myšlení u jedinců s mentální retardací je nekritičnost, nedůslednost, nepřesnost v úsudcích a slabá řídicí funkce. Myšlenky jsou demonstrovány slovy, jak ostatně i výše uvádí Linhart, ale řeč bývá u osob s mentální retardací často deformována. S čímž jsou také spojeny nedostatky v artikulaci. Velmi zajímavým způsobem přistupuje ke zvláštnostem řeči osob s mentálním postižením Dolejší (1978 in Valenta, Müller, 2007), který z hlediska etiologie rozdělil retardaci ve vztahu k řeči těchto osob následovně:

- familiární retardace (stavy vrozené) se projevují rovnoměrným opožděním řeči ve všech jejích složkách,
- encefalopatická retardace (stavy získané) se vyznačuje postiženou artikulací, až dyartrie, avšak porozumění obsahu a slovní zásoba je přiměřená věku,
- emoční deprivace je charakteristická chudým slovníkem, dyslálií multiplex.

Paměť

Černá (1982, s. 28) definuje paměť jako „*schopnost přijímat, uchovávat a podle potřeby vybavovat minulé vjemy, zážitky a děje.*“

Z vývojového hlediska mluvíme o paměti dědičné a paměti individuální, ta je velmi důležitá při vzdělávacím procesu a zajišťuje ji kyselina rybonukleová, kdežto paměť dědičnou má na starosti kyselina DNA. (Valenta, Krejčířová, 1997)

Co se týče zvláštností paměti u jedinců s mentální retardací, Vygotskij (1976 in Černá 1982) je toho názoru, že charakteristickou vlastností je zejména pomalé tempo osvojování nového, nestálého chování a nepřesnost vybavení. Velmi častá je tzv. zapomnětlivost. S tímto se také ztotožňuje Valenta, Müller (2007), kteří stanovují ohnisko těchto nedostatků ve zvláštnosti vyšší nervové činnosti těchto jedinců a také v tendenci rychlejšího vyhasínání podmíněných spojů. Proto je při edukaci a práci s jedinci s mentální retardací kladen důraz na vyšší míru opakování, při kterém je nutné dodržovat požadavek rozmanitosti a relaxace.

U osob s mentální retardací se setkáváme spíše s mechanickou pamětí, protože takoví jedinci nejsou zpravidla schopni kvalitně třídit pamětní stopy.

Emotivita

Emoce jsou vyjádřením subjektivního vztahu jedince k jeho okolí, ale i k sobě samému. Mimika, pantomimika, hlasový výraz, vegetativní projevy jsou doprovodnými prvky emocí. (Černá, 1982)

Rubinšejnová (1973 in Valenta, Krejčířová 1997, s. 38) uvádí tento výčet emocionálních specifíků u jedinců s mentálním postižením:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální, buď převládá jednostranné uspokojení či jednostranné neuspokojení,
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, jedinec tak vnímá události velmi silně a interně anebo s minimálním prožitkem, zdánlivě bezvýznamná narážka může přivodit silnou a dlouhodobou reakci, někdy až negativismus či agresivitu,
- egocentrické emoce podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,
- city často obchází intelekt a jedinec snáze podléhá afektu- možný výskyt dysforie, což je chorobná porucha nálad.

Vůle

Specifickou volních vlastností je u jedinců s mentální retardací dysbulie- porucha vůle a abulie- nerozhodnost, nedostatek vůle, ztráta nebo snížení volních vlastností. (Valenta, Müller, 2007)

2 Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením

Zařízení ústavní péče v posledních letech procházejí vývojem, který je plný peripetií. Ještě před 15- ti lety bylo považováno za správné a standardní řešení „dát“ jedince s těžším mentálním postižením do ústavu (dnes do domova pro jedince s mentálním postižením). Jednalo se především o rodiče těchto dětí, kteří byli svým okolím považováni za špatné, budou-li o své děti pečovat sami a budou tak ochotni obětovat kvalitu svého života dítěti s mentálním postižením. Tyto předsudky vedly často k tomu, že rodiče své dítě s takovým postižením skrývali, jednak před opovrhující společností, ale také pro toho, aby své dítě nemuseli umístit do ústavu (dnes do domova pro jedince s mentálním postižením). Na druhé straně se v 90. letech 20. století však také začínají objevovat radikální odpůrci ústavní péče. Tito považovali za nutné, co nejrychlejší likvidaci právě těchto zařízení. Tato představa byla značně zjednodušená a ponižovala tak velmi fyzicky a psychicky náročnou práci pracovníků v zařízeních sociální péče. Protipólem odpůrců ústavní péče, je představa, že ústavní péče pro jedince s mentálním postižením je naprosto v pořádku a není třeba nic měnit. (Švarcová, 2006) Je nutné říci, že ani jeden z výše uvedených radikálních přístupů není nejvhodnější. Změny v ústavní péči jsou namísto, stejně tak jako jejich neustálý rozvoj.

Současné světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením spíše směřují k humánnějším formám péče v zařízeních rodinného typu a odklánějí se tak od institucionální péči poskytovanou ve velkém zařízení. (Švarcová, 2006)

Se Švarcovou se shoduje také Matoušek (1999, s. 49), který říká, že „*převládajícím rysem sociální péče ve vyspělých zemích v posledních desetiletích je její humanizace, ochrana handicapovaného individua před necitlivou mašinerií starších způsobů péče.*“

Na úvod této kapitoly je ještě nutné objasnit několik pojmů. Jsou jimi ústavy sociální péče pro zdravotně postižené a domovy pro zdravotně postižené. Jedná se pouze o změnu v označení zařízení, která nastala v roce 2007, kdy nabyl účinnosti nový zákon č. 108/2006 sb. Jak píše většina autorů, největší změny v ústavní péči nastaly po roce 1989, kdy se zásadně změnil přístup celé společnosti k jedincům se zdravotním postižením a péče o tyto jedince se výrazně zlepšila. Zákon 108/2006 sb. v transformaci ÚSP na domovy pouze podtrhl humánnost těchto zařízení. Definice a služby domovů zůstávají vcelku totožné jako u ÚSP, což v následujících stranách potvrdíme.

Potvrzením, že se jedná pouze o změnu označení, je také jedna z odpovědí, kterou uvedla sociální pracovníce z Domova Barborka pro jedince s mentálním postižením, která

říká, že označení domovy nepřineslo změnu v chodu, pouze došlo k přejmenování zařízení. (Příloha č. 4)

2.1 Historie ústavní péče

Péče o mentálně retardované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se tato péče odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby. Ve společnostech prvobytně pospolných převažovalo u lidí magické myšlení, převládal strach z nadpřirozených sil, které měly vyvolat nemoc. Člověk byl posedlý zlým duchem. Péče spočívala na magických ochranných symbolech, talismanech, amuletech. (Mühlpachr, 2001)

V období antiky se dá usuzovat, že nebyly zřizovány žádné zařízení pro chudé, pro handicapované. Nechtěné či postižené děti byly zabíjeny, případně odkládány. Dospělý nějakým způsobem postižený člověk byl v tomto období vcelku tolerován, patřil do společnosti a ta neměla potřebu jej vylučovat. (Matoušek, 1999)

Platón zase doporučuje zuřivé a nevlýčitelné zahubit, je to tak prý lépe pro ně i pro stát. Pro klidné doporučuje nechat je v rodinném prostředí, nejbližší příbuzní mají povinnost se o ně postarat. Dalším způsobem je vyobcování ze společnosti, což tehdy již představovalo jistou smrt. (Mühlpachr, 2001)

První zmínku o zařízení založené pro handicapované se datuje až do období vzniku křesťanství. Za vlády prvních křesťanských vládců Byzance byly budovány tzv. Xenochia, což byly útulky pro nemocné a také orfonotrofia- sirotčince. Církev se snažila na základě lásky k bližnímu svému zobrazit úlohu novodobého státu, kterou je solidarita a vzájemná pomoc občanů.

Středověk, který byl silně ovlivněn křesťanstvím, považoval duševní nemoc za posedlost zlými duchy. Jediným řešením bylo tedy vymítání těchto zlých duchů. Jen část duševně nemocných byla umístěna do středověkých špitálů, zbývající většina se vlně pohybovala ve společnosti. (Matoušek, 1999)

První zmínky o ústavech pro chudé, tzv. „špitálech“ na území našeho nynějšího státu se datují od 15. století. Roku 1484 byl založen v Praze Špitál malostranský, o 4 roky později Špitál staroměstský a roku 1505 novoměstský. (Vojnar, 1998)

V tomto období se také prosazuje tzv. domovské právo, v němž je nastíněn nový princip o lidi sociálně handicapované. V našich zemích je toto ustaveno v roce 1552 Ferdinandem I., který

ukládá obci povinnost pečovat o své chudé. Jsou tak dalšími zřizovateli „ústavů“, vedle církve, pro lidi jsou bezdomovci či postrádají základní prostředky k udržení života. Je nutno říci, že v období pozdního středověku ani v období raného novověku nebyla péče o jedince duševně nemocné rozvíjena. Naopak, s těmito lidmi zacházeno otřesně. Byli drženi v okovech, nikdo se nezajímal, jak se cítí. Konec 17. a počátek 18. století znamená pro duševně nemocné vyloučení ze společnosti a začlenění do velkých ústavů, které jsou pro ně v tomto období zřizovány. Jsou určeny především pro jedince s mentální retardací, kriminálníky a propuštěnce z vojska. Tyto osoby jsou zde tedy drženi z důvodu ohrožování společnosti, tím způsobem, že nedbají základního příkazu pracovat. V 18. století, v době, kdy začíná průmyslová revoluce, jsou obyvatelé velkých ústavů využíváni jako levná pracovní síla. Tyto ústavy byly zřizovány státem a postupně začínají přebírat úlohu zařízení při klášterech-špitálů a chudobinců, jejichž zřizovatelem byla obec. V tomto období se také setkáváme se specializací ústavů. Počátkem 19. století se ústavy přibližují podobě, která mnohde trvá dodnes. Jsou používány názvy, jako je nemocnice, polepšovna, starobinec. (Matoušek, 1999)

Do tohoto období se datuje také vznik prvního chudinského zákona na našem území. Vznik tohoto zákona byl ovlivněn formulací tzv. všelidských práv v Rakousku, cílem mělo být uskutečnění práva na existenci, to ale bohužel nebylo nikde přesně vymezeno. (Vojnar, 1998)

Matoušek (1999, s. 31) dále ve své publikaci konstatuje, že ani „*slavné Pinelovo osvobození duševně nemocných z pout po první Francouzské revoluci, nevedlo k tomu, že by jedinci duševně nemocní byli považováni za lidi schopné existence uvnitř občanské společnosti.*“ Dá se říci, že se jedná o návrat ke křesťanskému chápání duševní nemoci jako posedlosti, protože se v této době v ústavech objevují přístroje zvané centrifugy, které měli vyhnat nežádoucí myšlenky těmito lidmi z hlavy. Další drastickou technikou byly ledové sprchy používané ve víře, že šok dokáže změnit psychickou rovnováhu ve prospěch normálního chování. Přešlo se tak od omezování fyzického k drastickým fyzikálním terapiím. Začínaly se však používat i psychologické metody. Německý lékař J. CH. Reil se pokoušel léčit tyto jedince inscenovanými divadelními hrami, ve kterých vystupoval i personál ústavu a to v roli autority, „soudce“, hodnotili pacientovo chování. Proto je také Reil považován za předchůdce morenovského psychodramatu. (Matoušek, 1999)

Tuto etapu uzavírá Matoušek (1995, s. 32) tímto: „*Není již třeba omezovat nemocného jako celou bytost, postačí, bude-li režim ústavu efektivně působit na jeho psychiku.*“

Konec 19. století a počátek 20. století značí velký přesun a změnu ústavů. Je zde brán větší ohled na potřeby klientů, ne na potřeby společnosti internovat duševně nemocné do ústavy, aby tak byli chráněni před „blázný“. (Matoušek, 1999)

Po první světové válce se setkáváme poprvé s pojmem sociální péče, na kterou bylo přeměněno chudinské zaopatření. Mezi základní typy ústavů v období první republiky můžeme zařadit starobince, chudobince a chorobince. Jejich zřizovatelem byl soukromník či spolek, ale samozřejmě ve většině případů zřizovatelem to byla obec. Starobince a chorobince nebyly určeny jen pro osoby seniorského věku, ale také pro osoby ztížené „nezhojitelnou chorobou“. V této době ústavy začaly zřizovat okresy a také státy, s cílem ulehčit tak břemenu obcím. S kapacitou 2000 lůžek jsou Masarykovy domovy (dnešní Thomareyrova nemocnice), které byly zřízeny v r. 1929, největším ústavem sociální péče tohoto období. Období po 1. světové válce bylo charakteristické zvýšením počtu ústavů, především pro chudé, oproti tomu po druhé světové válce dochází ke změně systému sociální péče a klesá tak počet lůžek v ústavech (od roku cca 18 000 na cca 11 000 v roce 1954. Od roku 1960 se zřizovatelem všech ústavů sociální péče stát, jsou tak převedeny od obcí a nestátních subjektů. (Vojnar, 1998)

70. - 80. léta znamenala vývoj sociálních služeb. Dochází, jak uvádí Vojnar (1998, s. 7), k rozšíření „*forem ústavní i mimoústavní péče, zejména pro staré občany.*“ Vznikají tak nové služby, jako jsou penziony pro důchodce, či služby domů s pečovatelskou službou.

Dále Vojnar (1998, s. 8) upozorňuje v tomto období na vznik různých „*účelových zařízení pečovatelské služby, denních pobytů pro staré občany (tzv. domovinky) a dalších nových druhů sociálních služeb (stacionáře, denní a týdenní pobyty pro zdravotně postižené).*“

2.2 Funkce ústavů

„*Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.*“ (Matoušek, 1999, s. 19)

Ústavy jsou velmi úzce spjaty se třemi archaickými zkušenostmi, kterými jsou: zkušenost rodiny, zkušenost obce a zkušenost vyhošťování, vyobcování. Společným znakem prvních dvou zkušeností je domov. Každý z nás někam patří, máme rodný kraj, být někde doma znamená být v prostředí, které považujeme za svoje, za to pravé. Ústav je v komparaci s výše uvedeným spíše pokus o umělý domov. Třetí poslední archaickou zkušeností je vyobcování. Jako demonstraci můžeme uvést například středověkou loď bláznů, což bylo pohyblivé zařízení, do kterého mohla města vylučovat nežádoucí lidi. (Matoušek, 1999)

Když se zamyslíme nad poslední uvedenou archaickou zkušeností – vyobcování, můžeme říci, že ústavy např. pro jedince s mentálním postižením, jsou také jakousi podobou, či formou

vyobcování. V současné době je však snaha se od takového myšlení odklánět a chápat ústavy jako dobré řešení při výchově, vzdělávání, poskytnutí domova, zajištění základních potřeb u jedinců, jejichž jedinou možností, jak důstojně existovat, jsou právě tato zařízení.

Na funkci ústavů můžeme nahlížet z pohledu zájmů společnosti nebo z hlediska jedince. Přičemž se v některých případech zájmy shodují, ale jindy jsou odlišné. Nejpodstatnějším parametrem ústavu z hlediska jedince je respekt k osobní svobodě rozhodování.

Jako hlavní funkce ústavu uvádí Matoušek (1999) následující:

- 1) **Podpora a péče**- tato funkce se dostává do popředí téměř ve všech sociálních zařízeních (mimo jiné i v zařízeních pro mentálně či fyzicky handicapované). Ve všech těchto zařízeních je poskytováno chybějící zázemí a péče, bez kterých se klient nemůže obejít. V případě absence takových zařízení by kvalita života jejich klientů byla velmi nízká a v některých případech by takoví klienti nebyli ani schopni přežít.
- 2) **Léčba, výchova a resocializace**- s touto funkcí v popředí se setkáme v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež apod. Společným znakem je usilování o změnu stavu, je tedy předpokladem, že klient bude opouštět ústav v jiném stavu, než v jakém do něj nastoupil.
- 3) **Omezení, vyloučení a represe**- tato funkce je v popředí ve věznicích, v psychiatrických zařízeních s nedobrovolným pobytem apod. Při chybění těchto zařízení bychom byli ohroženi kriminálními jedinci, lidmi trpící akutní psychózou apod.

Za další, okrajovou funkci považuje Matoušek (1999) funkci rekreační, která převažuje v pobytových zařízeních (ozdravovny, lázně aj.). Na druhou stranu i v ústavech si člověk může oddechnout od „běžných“ zátěží, od podmínek, ve kterých byl nucen jinak žít.

Zde bychom mohli však polemizovat, zda se jedná opravdu o funkci rekreační v pravém slova smyslu. Pro jedince, kteří žijí v ústavním zařízení s celoročním pobytem, se nedá mluvit o funkci celého zařízení jako o rekreační. Jsou zde pouze některé služby či činnosti, které mají tento charakter. Tím myslíme například různé druhy terapií nebo rekreačních pobytů například v zahraničí, které pomohou klientům se odreagovat.

Uvedený přehled funkcí nelze chápat tak, že každý ústav je pouze jedno funkcionální, každý je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, rozdílného rozvrhu, liší se v poměru zastoupených funkcí.

Ústavy zdůrazňují funkci transformační a snaží se maskovat funkci represivní. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a zase naopak kontrola je velmi znesnadňována. Ústavy si stejně jako státy a rodiny udržují svůj vnitřní řád, soubory pozitivních a negativních sankcí, existuje zde hierarchie společenských pozic, s tím také souvisí nepřístupnost určitých míst. Ústavy mají svůj folklór, mají svůj slovník, svou atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou více či méně uzavřené a vstup do nich je kontrolovaný. Mezi klienty a personálem existují hranice. (Matoušek, 1999)

2.3 Druhy zařízení ústavní péče pro zdravotně postižené

Ústavní péče je poskytována potřebným dospělým občanům a mládeži rozlišeně dle zdravotního stavu a sociální situace, a to proto, aby bylo možné zajistit náležitou a komplexní péči. Každý jedinec různého věku potřebuje rozdílnou formu péče, která současně zohledňuje druh a stupeň zdravotního postižení. (Křivánek, 1984)

2.3.1 Druhy zařízení ústavní péče do roku 2007

V 50. letech byl sestaven systém sociálního zabezpečení, kde byla obsažena jak sociální péče, tak i sociální služby. Do roku 1989 bylo přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení, ve kterém byla upravena i sociální péče a také zde byly definovány nároky sociální péči a službu. Do roku 2007 byly služby poskytovány převážně státem, jednalo se o skupinovou péči, sociální péče tak nebyla individuální, ale byla poskytována převážně určitým skupinám jedinců (např. osobám s těžkým zdravotním postižením, seniorům, rodičům s dětmi, atd.). Tehdejší legislativa sociální péče upravovala následující typy sociálních služeb: poradenské služby, ústavní sociální péči, pečovatelskou službu, stravování, kulturní a rekreační péči. (Koldinská in Matoušek, 2007)

Druhy zařízení ústavní sociální péče dle Vojnara (1998, s. 12) se shoduje se zněním vyhlášky 182/1991 sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, upravovala následující typy ústavů sociální péče:

- a) ústavy pro tělesně postiženou mládež,
- b) ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením,
- c) ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami,
- d) ústavy pro mentálně postiženou mládež,
- e) ústavy pro tělesně postiženou dospělé občany,

- f) ústavy pro tělesně postiženou dospělé občany s přidruženým mentálním postižením,
- g) ústavy pro tělesně postiženou dospělé občany s více vadami,
- h) ústavy pro smyslově postiženou dospělé občany,
- i) ústavy mentálně postiženou dospělé občany,
- j) ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany,
- k) ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty,
- l) domov důchodů,
- m) domovy- penziony pro důchod.

Vojnar (1998, s. 12) dále rozděluje výše uvedené ústavy dle délky pobytu, na ústavy s:

- a) celoročním,
- b) týdenním nebo,
- c) denním pobytem.

Příčemž ústavy s týdenním a denním nazývá také stacionáře.

Charakteristika ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež

Dle vyhlášky 182/1991 sb. jsou ústavy pro mentálně postiženou mládež „určeny pro děti a mládež ve věku od 3 do 26 let, výjimečně i déle. Přijímají se i občané, kteří jsou postiženi též tělesnou nebo smyslovou vadou. Do ústavů nelze přijímat děti a mládež, jejichž opožděný rozumový vývoj je následkem výchovné zanedbanosti.“(Vojnar, 1991 s. 16)

Křivánek (1984, s. 12) ve své publikaci Ústavní sociální péče vymezuje klientelu těchto ústavů takto: „Ústavy jsou určeny pro mentálně postižené děti a mládež na podkladě oligofrenie ve věku 3- 26 let, jejichž rozumové schopnosti jsou na tak nízké úrovni, že je nelze vzdělávat ani na zvláštních školách.“

Z obou definic tedy vyplývá skutečnost, že se jedná o zařízení určené dětem a mládeži, avšak ve většině případů se setkáme s tím, že klienti ústavů pro mentálně postiženou mládež zde zůstávají i po 26. roku života. (Vojnar, 1998)

Jak uvádí Králová, Rážová (2001) horní věková hranice 26 let je stanovena pouze orientačně.

V těchto zařízeních mohou být zřizována i oddělení pro starší klienty a tak se stírají zásadní rozdíly mezi ÚSP pro mentálně postiženou mládež a ÚSP pro mentálně postižené dospělé občany.

Poskytuje se zde zaopatření vč. ošacení, ubytování, zdravotní péče s vhodně zvolenou rehabilitací a výchova.

Dle potřeby mohou být v ústavu zřízeny různá oddělení, jako např.:

- „pro mládež ve věku od 3- 15 let pro oboje pohlaví,
- pro mládež ve věku nad 15 let zvlášť pro hochy a dívky,
- pro osoby starší 26 let, odděleně pro muže a ženy, pokud je nelze přemístit do ústavu pro mentálně postižené dospělé občany.“ (Křivánek, 1984 s. 13)

Charakteristika ústavů sociální péče pro dospělé občany mentálně postižené

Tato zařízení vymezuje vyhláška 182/1991 sb., která říká, že ÚSP pro dospělé občany s mentálním postižením jsou určeny pro osoby starší 26 let s těžším mentálním postižením, případně s těžším mentálním postižením v kombinaci se smyslovou či tělesnou vadou. Jedinci s lehkým mentálním postižením jsou přijati pouze v případě, když potřebují nezbytně ústavní péči. (Králová, Rážová 2001)

Je jim poskytováno, stejně jako v ÚSP pro mentálně postiženou mládež, ubytování, zdravotní péče s přiměřenou rehabilitací, zaopatření. Navíc je zde poskytována kulturní péče, podpora a hledání pracovního uplatnění ve vhodných podmínkách. (Křivánek, 1984)

2.3.2 Druhy ústavního zařízení pro zdravotně postižené od roku 2007

Závažné změny v činnosti ústavů sociální péče přinesl zákon o Sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. 7. 2007. Podle tohoto zákona se ústavy sociální péče transformovaly na Domovy pro osoby se zdravotním postižením a také na denní či týdenní stacionáře (Švarcová, 2006).

Zmiňovaný zákon již definuje jen dvě kategorie ústavních zařízení. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Sociální služby mohou být poskytovány nevládními organizacemi i obcemi. Je snaha o to, aby mohla být každá služba co nejvíce „šitá na míru“ potřebám klienta, aby se klient stal aktivnějším, aby se sám rozhodoval, vyvíjel vlastní iniciativu. (Matoušek a kol., 2007)

Transformaci ústavní péče a tedy změna zákona o sociálních službách se připravovala již od počátku 90. let 20. století. Do doby než přišel v platnost výše uvedený nový zákon 108/2006 sb. O sociálních službách, byly sociální služby upraveny dle legislativy platnou před rokem 1989, která znala pouze pečovatelskou službu a ústavní péči. Ostatní služby, které jsou podrobně uvedeny v zákoně 108/2006, jako např. osobní asistence či azylové domy, byly provozovány, dá se říci, bez právní úpravy. (Švarcová, 2011)

Nejvýznamnější změnou tohoto zákona je skutečnost, že lidé s postižením mohou do jisté míry sami rozhodovat o tom, jaké služby využijí a to prostřednictvím příspěvku na péči.

Uživatel tedy v současné době dostává v hotovosti příspěvek na péči, s jehož přispěním si sociální službu kupuje (Švarcová, 2011). Další významnou změnou v oblasti sociálních služeb je zřízení inspekce poskytování sociálních služeb. Cílem této inovace je zajištění ochrany osob, kterým jsou služby poskytovány. Předmětem inspekce je jednak plnění podmínek pro registraci poskytovatelů sociálních služeb, ale také plnění povinností poskytovatelů těchto služeb, je zde brán ohled také na kvalitu poskytovaných služeb. (Švarcová, 2006)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou zařízením sociálních služeb. Jsou tak službou sociální péče, která je dle zákona č. 108/2006 sb. jednou ze tří základních druhů sociálních služeb. Sociální služby dle tohoto zákona zahrnují: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. (Švarcová, 2011)

Sociální poradenství zákon o sociálních službách 108/2006 sb. rozděluje na základní (poskytuje každý poskytovatel sociálních služeb) a odborné, které poskytují poradny zaměřující se na specifickou klientelu (na seniory, na rodiny s dětmi, na osoby se zdravotním postižením). Služby sociální prevence jsou například raná péče, terapeutické komunity, sociální rehabilitace, krizová pomoc, domy na půl cesty, sociálně terapeutické dílny, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež aj. Mezi služby sociální péče řadíme například denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením (dříve ÚSP), domovy pro seniory, chráněná bydlení, osobní asistenci, respitní služby, centra denních služeb apod. (Valenta, Müller, 2007)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách dále uvádí, že sociální služby mohou být poskytovány třemi formami, a to: terénní, ambulantní a pobytovou formou. Přičemž terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s sebou přinesl také velké změny ve vztahu poskytovatel a uživatel služby, který se uzavírá smlouvou o poskytnutí sociální služby. Uživatel tak sám rozhoduje, jakou si sjedná za tzv. příspěvek na péči, tedy za sociální dávku od státu. Výše příspěvku na péči se stanovuje dle přiznaného stupně závislosti. (Valenta, Müller 2007)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou tedy novým názvem pro ústavy sociální péče. Z definice nabízených služeb domovů a ÚSP se dá vyvodit, že se jedná pouze o změnu názvu, ne však změnu služeb, či klientely. Definici domovů pro osoby se zdravotním postižením uvádí Valenta, Müller (2007, s. 95) shodnou s definicí ÚSP pro mentálně postižené

občany, kterou uvádí Králová, Rážová (2001) ve své publikaci *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené* a my ji uvádíme na str. 22 této práce.

Domovy se v současné době provozují dvěma formami: - týdenní pobyt,
- celoroční pobyt.

3 Současné charakteristiky ústavních zařízení pro osoby s mentálním postižením z různých hledisek

3.1 Charakteristika z hlediska poskytovaných služeb

Služby poskytované v současné době v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v našem případě domovy pro osoby s mentálním postižením jsou dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách následující:

„ V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv; některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona ostatní sociální podpoře.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí přiměřeně ustanovení o právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy podle zvláštního právního předpisu.“ (§ 48)

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v § 14 stanovuje následující základní činnosti poskytovaných sociálních služeb:

a) *„ poskytnutí ubytování:*

1. ubytování,

2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

b) *poskytnutí stravy:*

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:*

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,

2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,

3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,

4. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,

5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:
1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
 2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
 3. pomoc při použití WC,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
1. pracovně výchovná činnost,
 2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
 3. vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění,
 4. volnočasové a zájmové aktivity,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
 2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob
- g) sociálně terapeutické činnosti:
- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.“

Tyto služby mohou být poskytnuty pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci. Toto registrační oprávnění je pro poskytovatele podmínkou pro poskytování sociálních služeb a předpokladem čerpání financí z veřejných zdrojů. Švarcová (2006, s. 166) dále uvádí, „že o této registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého bydliště nebo hlášeného pobytu fyzické osoby.“ Registr poskytovatelů sociálních služeb je také v rukou krajských úřadů.

3.2 Ekonomické charakteristiky

Zákon č. 108/2006 Sb. s sebou přinesl spoustu změn. Jednou z nejvýznamnějších je však zavedení nové sociální dávky- příspěvku na péči. Tento představuje nový zdroj financování sociálních služeb. „Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti.“ (Průša, 14. 3. 2012)

Tento příspěvek je poskytován ve čtyřech úrovních. Viz tabulka níže.

Tabulka č. 1- Výše příspěvku na péči měsíčně v Kč (Průša, 14. 3. 2012).

stupeň závislosti	pro osobu mladší 18 let	pro osobu starší 18 let
I . – lehká závislost	3 000,00 Kč	2 000,00 Kč
II . – středně těžká závislost	5 000,00 Kč	4 000,00 Kč
III . – těžká závislost	9 000,00 Kč	8 000,00 Kč
IV . – plná závislost	11 000,00 Kč	11 000,00 Kč

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 7 nám dále uvádí, že „o příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku a náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu.“

Jak uvádí zákon, o příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností a to na základě zdravotního stavu žadatele, dle zprávy jeho ošetřujícího lékaře, z výsledků sociálního šetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

„Příspěvek na péči vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, a to buď v hotovosti nebo na účet u peněžního ústavu, který určí příjemce příspěvku. Příspěvek je vyplácen přímo osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti, popř. jejich zákonným zástupcům nebo jiným fyzickým osobám, jimž byly nezletilé osoby svěřeny do péče.“(Průša, 14. 3. 2012)

Od roku 2012, kdy došlo k sociální reformě, se změnilo několik věcí a to především v oblasti příspěvku na péči. Zde se zvýšila výše příspěvku u středně těžké závislosti u jedinců do 18 let o 1 000,-, tedy celková výše příspěvku je 6 000,-. U I. Stupně závislosti ve věkové kategorii

nad 18 let je výše příspěvku 800,-. U nejtěžšího stupně závislosti u obou věkových kategorií (do i nad 18 let) je příspěvek 12 000.

Další změnou je, kdo je příjemcem tohoto příspěvku. Tato reforma uvádí, že „*příspěvek náleží přímo osobě zdravotně postižené nebo seniorovi, NE poskytovateli sociálních služeb.*“ (socialnireforma.mpsv.cz, 14. 3. 2012)

Vedle příspěvků na péči a úhrady od uživatelů sociálních služeb jsou poskytovatelům sociálních služeb, tedy v našem případě zřizovateli domovu pro zdravotně postižené, dotace ze státního rozpočtu. Tito poskytovatelé musí být však zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb. „*V roce 2007 byly poskytovatelům sociálních služeb poskytnuty dotace v celkové výši cca 6,7 miliard Kč. Tyto dotace jsou poskytovány prostřednictvím rozpočtů jednotlivých krajů k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Dotaci poskytuje MPSV na základě žádosti předložené příslušným krajským úřadem.*“ (Průša, 14. 3. 2012)

V příloze č. 1 této práce uvádíme ještě pro doplnění vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007 (v mil. Kč). Přílohou č. 2 porovnáváme výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů sociálních zařízení.

Úhrada za služby v domově pro osoby se zdravotním postižením dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jsou následující:

Za pobytové služby, poskytované v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jednotliví klienti hradí úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. Maximální výše úhrady za ubytování a stravu je stanovena vyhláškou č. 505/2006 Sb., a v roce 2008 se jedná o následující částky:

- za poskytnutí ubytování a to včetně provozních nákladů souvisejících s jeho poskytnutím je sjednaná částka maximálně 180 Kč,
- za zajištění celodenní stravy včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy je sjednaná částka maximálně 150 Kč.

Po úhradě všech nákladů za stravu a ubytování musí klientovi zůstat alespoň 15% jeho příjmu. Úhrada za péči je při poskytnutí pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů se stanovuje ve výši přiznaného příspěvku. Zatímco úhrada za pobytové služby v týdenních stacionářích se stanovuje maximálně ve výši 75% přiznaného příspěvku. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

3.3 *Charakteristika z hlediska personálního*

Domov pro osoby s mentálním postižením je tzv. umělou velkou rodinou. Takže personál, všichni pracovníci jsou velmi důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu sociálních služeb. Proto je tedy podstatné, aby pracovníci byli jednak kvalifikovaní, ale také, aby měli určité vlastnosti, které jsou pro výkon práce v této oblasti nutné. Základními vlastnostmi jsou- lidskost, trpělivost, tolerance, empatie.

Každý pracovník v těchto zařízeních by se měl také držet jistých zásad a principů. Novosad (2000, s. 72- 73) ve své publikaci uvádí 12 zásad v sociální práci, my uvedeme pouze ty nejdůležitější:

- *úcta ke klientům jako jedincům a zajištění jejich důstojnosti práv*
- *žádné vlastní předsudky, ani tolerance předsudků u jiných co se týče původu, rasy, stavu pohlaví, sexuální orientace, či postižení klientů*
- *podpora aktivity klientů*
- *stálý zájem o klienta*
- *profesionální odpovědnost má přednost před profesionálním zájmem*
- *zodpovědnost za úroveň služeb a jejich kontinuitu, včetně výcviku*
- *informační důvěryhodnost a zveřejňování informací pouze s písemným souhlasem klienta, nebo výjimečně bez souhlasu při hrozbě vážného nebezpečí*

Tyto etické, morální, právní normy či zásady sociální práce slouží k ilustraci závažnosti a potřebnosti respektování určitého profesního kodexu. Výše uvedené zásady jsou schváleny a uplatňovány ve Velké Británii. (Novosad, 2000)

Dalším specifikem práce v domovech pro jedince s mentálním postižením je především to, že práce je nepřetržitá, jedná se o 24 hodinový provoz zařízení. Z tohoto důvodu je také nutné, aby byl zajištěn optimální počet pracovníků.

Velkým přínosem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zavedení povinností sociálního pracovníka průběžně si doplňovat, obnovovat a upevňovat svou kvalifikaci. Dále zákon č. 108/2006 Sb. rozděluje odborné pracovníky v sociálních službách do čtyř kategorií:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,

- pedagogičtí pracovníci.

Předpokladem pro výkon všech výše uvedených povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost.

Odbornou způsobilostí v případě sociálního pracovníka je „*vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitární práci, sociálně-právní činnost a charitní a sociální činnost, vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let v případě ukončení vysokoškolského studia v jiných oblastech.*“ (Průša, 14. 3. 2012)

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, vede sociální agendy, vykonává sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. (Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, 2012)

Pracovník v sociálních službách- jak uvádí zákon č. 108/2006 Sb., podmínkou pro výkon pracovníka v sociálních službách je „*základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 150 hodin; střední vzdělání nebo střední odborné vzdělání a absolvování akreditovaného specializačního kurzu v minimálním rozsahu 200 hodin; základní vzdělání, střední vzdělání, střední odborné vzdělání nebo vyšší odborné vzdělání.*“ (§ 116)

Požadované vzdělání závisí na vykonávané práci. Pracovník v sociálních službách může působit v oblasti přímé obslužné péči v pobytových zařízeních sociálních služeb, které spočívají v nácviku jednoduchých denních činností atd. Nebo vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků atd. A poslední oblastí, v jaké může pracovník v sociálních službách působit je pečovatelská činnost v domácnosti osoby, která spočívá ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi atd. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

4 Domov pro jedince se zdravotním postižením BARBORKA

4.1 Cíle a otázky praktické části práce

Cílem praktické části bakalářské práce je nastínit, jak se péče o osoby s mentálním postižením za několik desetiletí změnila. Úmyslně jsme vybrali pro výzkum jedno z nejmodernějších zařízení určené osobám s mentálním postižením. A to právě proto, abych naznačila pokrok, který nastal právě v ústavní péči o jedince s mentálním postižením. Budeme se tedy zabývat nejvíce třemi hledisky či charakteristikami domovů pro osoby s mentálním postižením, které jsme se již rozebírali v části teoretické. Jsou jimi hledisko personální, ekonomické a hledisko poskytovaných služeb.

Cíle praktické části bakalářské práce jsou:

- 1) Naznačit rozvoj a pokrok ústavní péče o jedince s mentálním postižením za poslední léta.
- 2) Charakterizovat současný typ moderního ústavního zařízení určené osobám s mentálním postižením.
- 3) Porovnání hlediska poskytovaných služeb, personální a ekonomické v praxi a teorii domovů pro jedince se zdravotním postižením.

Stanovené otázky k praktické části bakalářské práce:

- 1) Jaké jsou v Domově pro osoby se zdravotním postižením Barborka poskytovány služby?
- 2) Jakými zaměstnanci je provoz tohoto zařízení zajištěn?
- 3) Jaké jsou ekonomické charakteristiky domova Barborka?
- 4) Shoduje se teorie praxe poskytovaných služeb, personálních a ekonomických hledisek domovů určené osobám se zdravotním postižením s praxí?

4.2 Metodologie výzkumu

Stěžejními metodami mého výzkumu byly metody kvalitativní- metoda nestrukturovaného rozhovoru, pozorování a studium následujících odborných dokumentů:

- domovní řád domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka,
- provozní domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka,

- návštěvní řád domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka.
- smlouva o poskytnutí sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka.

4.2.1 Metody sběru dat

Zkoumání dokumentů

Jedná se o standardní metodu kvalitativního výzkumu. Dokumentem se rozumí vše napsané či zaznamenané. Často se zde projevují vědomé nebo nevědomé hodnoty, ideje, postoje ať už skupin či jednotlivců. Dokumentem je např.: kniha, deníky, plakáty, obrazy, novinové články atd. (Hendl, 2008)

Práce s textovými dokumenty je tedy velmi specifická oblast kvalitativního výzkumu. Tato vyplývá z toho, že dokumenty jsou již vytvořené a my se snažíme pouze o jejich shromáždění. Tedy už nic nového nevytváříme, jak je tomu u rozhovoru či pozorování. Z tohoto vyplývají jak různá omezení, tak i výhody. (Miovský, 2006)

Výhodami této metody je přístupnost k informacím, které bychom jen velmi těžce získali, dále pak ta skutečnost, že data nejsou zkreslena a s chybami, jak se velmi často stává při metodě pozorování či testování. (Hendl, 2008)

Maršálková s Mikšíkem (1990 in Miovský, 2006) říkají, že tato metoda je velmi úspěšná a oblíbená, a to z toho důvodu, že jí lze získat velké množství cenných informací, které jsou ukryty například v denících, biografii atd.

V našem případě se jednalo o dokumenty textového charakteru. Veškeré dokumenty, které byly k práci použity, jsme získali přímo od zaměstnanců Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka. Ti nám předložili originál všech materiálů, my jsme si však pořídili kopii, abychom se s nimi mohli pečlivěji seznámit a zabývat se jejich studiem.

Tyto dokumenty nám sloužily k charakteristice zařízení domova Barborka a to z hlediska poskytovaných služeb, personálního a ekonomického.

Nestrukturovaný rozhovor

Je metoda, která se svými vnějšími znaky podobá spíše rozhovoru běžnému. Je kladen důraz na přirozenost, nenásilnost konverzace. Máme stanovené hlavní téma, kterého se držíme a dále sledujeme jeho rozvoj. V průběhu rozhovoru můžeme měnit jeho styl a to na základě potřeb jedince, zda mu vyhovuje více direktivita či nedirektivita. Lze tedy říci, že

rozhovor přizpůsobujeme situaci a danému jedinci. Máme však přesně stanovenou otázku, na kterou se snažíme najít odpověď. Co se týče vnějšího prostředí, nejsou na něj kladeny takové nároky, jaké jsou například u rozhovoru polostrukturovaného. Toto prostředí nehraje příliš velkou roli, je pouze důležité, aby podmínky pro provádění tohoto rozhovoru byly naprosto vyhovující. Tím je myšlena přijatelná teplota prostředí, atd. Mělo by se jednat o prostředí klidné, ničím a nikým nerušené. Oblečení stejně jako vnější prostředí nehraje velkou roli. Mělo by však odpovídat situaci, ale zpravidla není potřeba speciální úprava zevnějšku. Výhodou tohoto typu rozhovoru je jeho flexibilita a možnost improvizace. Beze sporu další výhodou je možnost přizpůsobení vedení rozhovoru jednotlivým lidem. Největší nevýhoda přichází společně se zpracováním dat. Kdy se setkáváme s tím, že materiál je nesourodý, odlišuje se technikou kladením otázek, zněním otázek, pořadím otázek, atd. (Miovský, 2006) Nestrukturovaný rozhovor jsme využili pro shromáždění dat o domově Barbora, především jsme se zaměřili na poskytované služby, terapie a na celkový chod domova. Také jsme jej využili k tomu, abychom při návštěvě zařízení pozorovali jeho atmosféru a prostředí.

4.2.2 Metody analýzy získaných dat

Abychom naplnili cíle, které jsme si stanovili v úvodu této kapitoly, jsou metody analýzy získaných dat následující:

- metoda prostého výčtu- prostřednictvím této metody se vyjadřuje určitá vlastnost jevu,
- metoda kontrastů a srovnávání. (Miovský, 2006)

4.3 Výzkumný vzorek

Součástí výzkumu byla také metoda nestrukturovaného rozhovoru. Pro využití této metody jsme požádali o spolupráci osoby z řad pracovníků Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka.

Jednalo se o dvě ženy. Jedna z nich pracovala na v oblasti sociální práce a druhá v oblasti výchovy. Tyto osoby jsme zvolili proto, že se jedná o kompetentní osoby, které mají přehled o všech činnostech a událostech domova Barborka. Pro oslovení právě těchto osob nás motivovala také jejich dlouholetá praxe v tomto oboru a samozřejmě praxe v tomto zařízení.

První žena- byla středního věku. V rozhovoru jsme se mimo jiné zabývali otázkou transformace ústavní péče za posledních dvacet let. Protože tato žena, vykonává povolání v oblasti sociální práce právě dvacet let. V domově pro osoby se zdravotním postižením

Barborka pracuje od samotného vzniku zařízení.

Druhá žena- taktéž středního věku. V domově Barborka působí již 10. rokem. S její pozicí souvisí zajištění různých poznávacích výletů, dovolených, výchovně- vzdělávacích akcí a v neposlední řadě zabezpečení terapií. Dalším důvodem výběru právě této osoby je tedy poskytnutí informací o výše uvedených výchovných aktivitách. Dá se říci, že v případě prvního rozhovoru se jedná o poskytnutí spíše teoretických informací, kdežto v případě druhém se jedná o informace praktického charakteru.

4.4 Analýza a interpretace získaných dat

4.4.1 Základní informace o Domově Barborka

„Člověk s mentální retardací je lidskou bytostí se svébytnou hodnotou a důstojností!“

Toto je hlavní motto Domova Barborka, jenž se nachází v srdci Moravy - městě Kroměříž.

Jedná se o zařízení moderního typu poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domov pro dospělé osoby s mentálním postižením BARBORKA v Kroměříži je příspěvkovou organizací začleněnou do Sociálních služeb města Kroměříže. Zřizovatelem je tedy město Kroměříž a to od 1. 1. 2004. (Domovní řád Domova Barborka, 2012)

Činnost tohoto zařízení se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a zákonem č. 29/2007 Sb. ve znění změn a doplňků a dalšími zákony, vyhláškami, vnitřními směrnicemi a pravidly pro příslušný druh činnosti, které je domov povinen v rámci své činnosti zabezpečovat. (Provozní řád Domova Barborka, 2012)

Cílová skupina

Uživatelé tohoto pobytového zařízení se může stát jedinec starší 18 ti let s mentálním postižením těžšího stupně a občan postižený vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou. Může být přijat také jedinec s lehčím mentálním postižením, ale to pouze v případě, že jedinec nezbytně potřebuje ústavní péči. Občané, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům nebo kteří jsou částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům, jsou přijati na základě písemného souhlasu jejich zákonných zástupců.

Poslání a cíle Domova Barborka

Snahou tohoto zařízení je poskytnutí domova všem těm, kteří disponují z důvodu jejich mentálního postižení nízkou soběstačností, potřebují tak podporu a pomoc k prožití aktivního, smysluplného a kvalitního života. Poskytované služby vychází z potřeb a zájmů klientů, směřují tak k individuálním potřebám jedince. Klienti mají možnost seberealizaci pomocí pracovních terapií. Toto zařízení poskytuje klientům příležitost k jejich seberealizaci vyhledávání pracovního uplatnění i mimo stěny domova, čímž se minimalizuje možnost jejich sociální inkluze.

Cíle tohoto zařízení jsou následující:

- *„vytváření příjemného domácího prostředí pro každého uživatele dle jeho individuálních představ,*
- *nácvik, udržení i zachování co nejvyšší míry soběstačnosti a samostatnosti uživatelů,*
- *poskytnutí podpory a pomoci při osvojování sociálních dovedností,*
- *podpora uživatelů ve využívání místních institucí a běžně dostupných služeb,*
- *umožnit pracovní uplatnění v rámci domova a vyhledávat pracovní uplatnění mimo zařízení.“* (www.barborka-km.cz, 14. 3. 2012)

4.4.2 Charakteristika Domova Barborka z hlediska poskytovaných služeb

Domov Barborka je zařízením s celoročním nepřetržitým pobytem, jehož klienti mohou být jak muži, tak i ženy. Důraz je kladen na poskytování **kvalitních sociálních služeb** těm občanům, kteří ji vzhledem ke své sociální a zdravotní situaci potřebují. Domov Barborka plně odpovídá Standardům kvality sociální péče, jeho vybavenost výrazně usnadňuje a zkvalitňuje život klientů s handicapem. (www.barborka-km.cz)

Domov Barborka má od roku 2009 zaregistrované čtyři druhy sociálních služeb, a to následující:

- podporované bydlení, které je službou terénní a je poskytována dle potřeb uživatelů,
- odlehčovací služby, které jsou určeny pro osoby starších sedmi let s kombinovaným, mentálním a tělesným postižením, přičemž kapacita této služby jsou 4 lůžka,
- denní stacionář, jehož klienty se může stát osoba starší 18 let s kombinovaným či mentálním postižením, kapacita této sociální služby je 20 míst,
- domov pro osoby se zdravotním postižením, který je určen pro osoby od 18 let,

s mentálním postižením, případně s jinými přidruženými vadami, kapacita domova je 140 míst. (Domovní řád Barborka, 2012)

My se budeme tedy zabývat převážně službou, která je uvedena jako poslední a to-
Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Druh a rozsah poskytování sociální služby:

- „poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“ (www.barborka-km.cz , 21. 3. 2012)

Ubytování je poskytováno klientům v jednolůžkových, dvoulůžkových a pro imobilní klienty ve čtyřlůžkových pokojích. V jednotlivých pokojích se nachází standardní vybavení, jako je postel, šatní skříň, stál, noční stůl. Klienti si mohou pokoj doplnit vlastním zařízením a výzdobou, ale to však až po souhlasu s vedoucí zařízení. (www.barborka-km.cz, 2012)

Co se týče **stravy**, ta je poskytována celoročně, 4x denně. Je poskytována v souladu se všemi zásadami zdravé výživy, je brán zřetel na věk a na zdravotní stav uživatele. Domov na základě zdravotních stavů uživatelů zajišťuje tyto druhy diet: výživnou, šetřící, racionální, diabetickou, diabetickou- šetřící a další speciální dietní režimy. Strava je připravována v hlavní kuchyni a podávána v hlavní jídelně nebo na jednotlivých odděleních, případně se může podávat i na žádost klienta přímo na jeho pokoji. Doba podávání stravy je vždy závislá na harmonogramu práce jednotlivých oddělení. Uživatel má možnost 4x týdně si vybrat ze dvou večeří. Jídelní lístek sestavuje vždy týden dopředu stravovací komisi, kterou tvoří vedoucí domova, vedoucí kuchařka nebo její zástupce, vedoucí zdravotního úseku, skladník potravin a zástupce z řad uživatelů, strava je pak připravována na základě sestaveného jídelního lístku. (Provozní řád domova barborka, 2012)

Sociální služby pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu zahrnují shodné činnosti dle článku 4 a 5 Smlouvy o poskytnutí sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka (dále jen „Smlouva o poskytnutí sociální služby“) s činnostmi uvedenými v zákoně č. 108/2006 sb., o sociálních službách, které uvádíme na **straně 24- 25 této práce.**

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti jsou řízeny vedoucími jednotlivých oddělení a pavilónů, kteří jednak koordinují činnost, ale také zodpovídají za průběh těchto činností. Tyto činnosti jsou plněny na základě týdenních plánů, které se musí samozřejmě shodovat s možnostmi schopnostmi uživatelů. (Provozní řád domova Barborka, 2012)

Aktivizační činnosti dle článku 8 Smlouvy o poskytnutí sociální služby – Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka (2009) zahrnují:

- *„volnočasové a zájmové aktivity,*
- *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,*
- *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.“*

Kulturní a sportovní vyžití tvoří přirozený doplněk života klientů, stejně tak jako **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.** Jsou to činnosti, které vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a které podporují sociální integraci osob. (Smlouva o poskytnutí sociální služby, 2009)

V domově Barborka je zajišťována kulturně zájmová činnost v různých formách po celý rok v zájmu rozvoje estetického cítění, zapojení do společenského života a v zájmu rozvoje schopností klienta. (www.barborka-km.cz, 2012)

Domov Barborka pravidelně jezdí na rekreační pobyty, a to každý rok jinam. K tradičním lokalitám pobytů domova Barborka patří jednoznačně zimní Velké Karlovice, v červnu Březejc, což je rekreační středisko upravené přímo pro imobilní uživatele, dále pak turistický pobyt Podhradní Lhota, stanový pobyt Hradisko. Dokonce jednou za dva roky je klientům zařízen pobyt v zahraničí, u moře. Snahou je, aby se pobyty uskutečňovaly nejméně 4x ročně, ale vše však záleží na finančních možnostech klientů. V neposlední řadě jsou pořádány výlety různé povahy- poznávací, naučné či turistické. Dále sociální služby města Kroměříže pořádají již tradiční akce- prodejní Jarmark, kde vystupují uživatelé různých domovů pro osoby se zdravotním postižením, Zimní sportovní hry na Hostýně a Hry bez hranic na podzim

v Lutopecnách. V rámci domova je pak zajišťováno mnoho dalších akcí, např.: masopust, různá sportovní klání, karneval, apod. Vedoucí domova a jednotliví pracovníci se tedy snaží o co nejpestřejší nabídku akcí, které zkvalitní a zpříjemní život klientů domova. Nedílnou součástí činností tohoto zařízení jsou **sociálně terapeutické činnosti**. Jedná se především o ergoterapie různého druhu. Je zde zřízeno 6 dílen, které jsou určeny právě pro pracovní terapii, jsou to: košíkářská dílna, keramická dílna, tkalcovská dílna, šicí dílna, dílna na šití koženkových papučí a kreativní dílna. Tyto dílny fungují pouze od září do června a uživatelé si je vybírají vždy v srpnu. Mohou je navštěvovat dle zájmu dopoledne 8:30- 11:00 nebo 12:30- 14:45, samozřejmě se jich mohou zúčastňovat i odpoledne i dle dopoledne, vše závisí na jejich přání. (Rozhovor s vedoucí výchovy domova Barborka, příloha č. 4)

Fakultativní služby

V tomto zařízení jsou mimo výše uvedené, základní sociální služby, také poskytovány **služby fakultativní**. Tyto jsou poskytovány na základě přání klientů, jsou pečlivě evidovány a jejich vyúčtování probíhá vždy 1x za měsíc. (Domovní řád domova Barborka, 2012)

Fakultativními službami se rozumí služby, které jsou poskytovány nad rámec povinností tohoto zařízení. Dle článku 12 Smlouvy o poskytnutí sociální služby (2009) jsou tyto služby poskytovány na místě a čase podle dohody a v souladu s vnitřními předpisy Domova Barborka. Pro názornost uvedeme alespoň několik příkladů fakultativních služeb, které toto zařízení nabízí:

- nadstandardní opravy osobního prádla,
- zajištění notářských a právnických služeb,
- zajištění drobných nákupů,
- řemeslné práce- např.: lepení obuvi,
- zajištění kopií tiskovin,
- používání soukromých elektrospotřebičů apod. (Smlouva o poskytnutí sociální služby, 2009)

4.4.3 Zásady poskytování služeb

Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka se řídí při poskytování jednotlivých služeb následujícími zásadami:

„Vytváření podmínek k ochraně práv uživatelů – školení a další vzdělávání zaměstnanců v této oblasti, kontrolní činnost zaměřená na ochranu práv uživatelů.

Individualizace podpory – pomoc a podpora dle možností, schopností a potřeb jednotlivých uživatelů, jejich doprovázení životem.

Oddělení sféry bydlení a sféry práce či zájmových činností – nabídka pracovních terapií, využívání společenských místností, tělocvičny.

Podpora nezávislosti uživatelů – vedení k samostatnému rozhodování, možnost samostatných vycházek, nácvik sociálních dovedností – nákupy, vaření, praní, návštěva kadeřníka aj.

Podpora autonomie uživatelů – zapojení zástupců zvolených uživateli do chodu zařízení – rada uživatelů, stravovací komise.

Začlenění a integrace – podpora uživatelů ve využívání přirozeného místního společenství.

Ochota ke komunikaci – řešení problémů se zachováním mlčenlivosti.“ (www.barborka-km.cz , 14. 3. 2012)

4.4.4 Charakteristika Domova Barborka z hlediska personálního

Jak jsme se již zmínili v teoretické části této práce, jedním z nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují správný chod zařízení a také kvalitu poskytovaných služeb je personální zajištění, tedy na kvalitě sociální služby se podílejí všichni pracovníci zařízení, a to jak pracovníci provozní, tak i odborní.

Zaměstnanci jsou povinni se řídit platnými zákony a právními předpisy pro ochranu osobních dat, dále jsou povinni zachovávat mlčenlivost a nesdělovat tak informace třetím, nekompetentním osobám, zejména o zdravotním stavu klientů. Na to má právo pouze ošetřující lékař. V neposlední řadě se všichni pracovníci Domova Barborka musí chovat v souladu s etikou a zachovávat tak její zásady.

Pracovníky tohoto zařízení můžeme rozdělit na následující 4 skupiny:

- vedoucí pracovníci,
- pracovníci v přímé obslužné péči,
- provozní pracovníci,
- zdravotničtí pracovníci.

Vedoucími pracovníky je míněno ředitel zařízení, vedoucí domova a zástupce domova. Ředitelem je muž, ostatní dvě pozice jsou obsazeny ženami. Všichni tři mají vysokoškolské vzdělání a to v oboru sociální práce.

Pracovníci v přímé obslužné péči jsou tedy ti, kteří pracují přímo na jednotlivých odděleních a pracují v bezprostředním kontaktu s klienty. Jedná se tak o převážně pracovníky v sociálních službách, z čehož vyplývá, že jejich vzdělání tuto práci je zajištěno kurzem pracovníka v sociálních službách. Je zde však přítomna také jedna sociální pracovníce, která má adekvátní vzdělání pro výkon tohoto povolání. Poměr mužů a žen na těchto pozicích 5/56. Z toho 6 žen zajišťuje činnosti související s pracovními terapiemi.

Provozní pracovníci jsou jedinci, kteří se podílejí a zajišťují správný chod a provoz zařízení po stránce technické a ekonomické. Provoz je tedy zajištěn následujícími pracovníky- účetní, kuchařky, pokladní, skladnice, prodavačka v obchodě (ten je součástí zařízení), obsluha prádelny a vrátnice, pracovníci údržby. Celkový počet provozních pracovníků je 32, z toho jsou pouze 4 muži. Vzdělání těchto pracovníků odpovídá jejich povoláním. (Příloha č. 4, 2012)

Zdravotnická péče je zajištěna privátními lékaři, kteří zde pracují na základě smlouvy se Sociálními službami města Kroměříže. Na zdravotnické péči se podílejí samozřejmě lékaři, vedoucí zdravotnického úseku a střední zdravotnický personál.(Provozní řád domova Barbroka, 2012)

V současné době *jednou týdně dochází do domova praktická lékařka, stomatoložka, jednou za čtrnáct dní psychiatr, jinak uživatelé navštěvují odborné lékaře v jejich ordinacích.* (Příloha č. 4, 2012)

Všem klientům je poskytnuta ošetrovatelská a léčebně – preventivní péče, která odpovídá jejich věku a zdravotnímu stavu. Léky se připravují na ošetrovně, jsou uzavřeny v uzamykatelných skříních a podávají je pouze pracovníci k tomu pověřeni. Tito pracovníci vedou přesnou evidenci vydaných léků na daném oddělení či úseku. Všechny léky předepisují lékaři. Uživatelé mají právo nahlížet do své zdravotnické i ostatní dokumentace, která je právě o nich vedena.

Lékař či vedoucí zdravotního úseku má povinnost informovat uživatele o změně léčby, nebo o nutné hospitalizaci. Celý zákrok je od příslušného pracovníka klientovi popsán.

V případě nutnosti informovaného souhlasu se zákrokem, je důležité, aby byl zajištěn souhlas opatrovníka, poněvadž se jedná o právní úkon. Je vedena zdravotní dokumentace o každém klientovi, do které zapisují vedoucí zdravotního úseku a střední zdravotní personál záznamy o klientovu zdraví, zodpovídají za její vedení, uložení a v neposlední řadě musí zachovávat

zásadu lékařské mlčenlivosti.(Provozní řád domova Barborka, 2012)

4.4.5 Charakteristika Domova Barborka z hlediska ekonomického

Domov Barborka je součástí sociálních služeb města Kroměříž, které je také zřizovatelem zařízení. Jak už jsme podotkli v předchozím textu, jedná se o příspěvkovou organizaci. Toto zařízení hospodaří dle vlastního rozpočtu, který je však součástí rozpočtu organizace a podléhá tak schválení ředitele. (Provozní řád domova Barborka, 2012)

Z hlediska ekonomického je pro tento domov pro osoby se zdravotním postižením velmi důležitá finanční pomoc sponzorů, prostřednictvím kterých se pokouší zajistit část financí potřebných pro chod našich služeb. (www.barborka-km.cz, 2012)

Výše úhrady za zvolené sociální služby

Dle článku 10 Smlouvy o poskytnutí sociální služby se uživatel zavazuje platit za ubytování a stravu částky:

- za ubytování 130,-/den (částka se odvíjí od velikosti pokoje)
- za stravu 142,-/den (částka se odvíjí od nařízené diety)

Výše úhrady se upravuje v souvislosti s ustanovením § 73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která říká, že po úhradě za ubytování a stravu musí uživateli zůstat alespoň 15% jeho příjmu. (Smlouva o poskytnutí sociální služby, 2009)

S tímto se shoduje také obsah vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a kterou uvádíme my na straně 27 této práce.

„Ostatní základní služby hradí uživatel plnou výši svého příspěvku na péči, který mu je přiznán obecním úřadem obce s rozšířenou působností. Za fakultativní služby se uživatel zavazuje platit částky, které budou odpovídat skutečně využitým službám.“ (Smlouva o poskytnutí sociální služby, 2009, článek 10)

4.5 Analýza výsledků výzkumu

Cíle, které jsme stanovily, byly naplněny. Ze zjištěných informací vyplývá, že:

1. cíl byl zjištěn komparací teoretických informací uvedených na stranách 17- 24 této práce, jsou jimi tedy historické údaje o ÚSP, především jsme se zaměřili na druhy poskytovaných služeb, počet klientů v zařízení, postoj společnosti k ústavní péči, vztah mezi klienty a pracovníky ÚSP. Pro srovnání historie ÚSP jsme použili charakteristiku moderního, současného zařízení pro jedince s mentálním postižením, což je uvedeno na stranách 35- 42. Skutečnost, že se péče o tyto jedince změnila, je například znázorněno v označení zařízení ústavní péče pro jedince s mentálním postižením. Do roku 2007 se mluvilo pouze o ústavech sociální péče pro mentálně postiženou mládež či dospělé mentálně postižené, kdežto od roku 2007 se používá označení domovy pro jedince se zdravotním postižením. Na tomto příkladu je zřejmé, že se od roku 2007 změnil přístup k jedincům s mentálním postižením a chápání těchto jedinců společností, protože se do popředí dostává sám člověk a ne jeho postižení. Je však nutné říci, že od roku 2007 je tato změna ukotvena legislativně, ale snaha o změnu v přístupu právě k jedincům s jakýmkoliv zdravotním postižením probíhala na poli speciální pedagogiky už několik let, ne jen posledních let 5.

2. cíl a s ním související výzkumné otázky č. 1, 2 a 3, které se zabývají charakteristikou domova Barborka pro osoby se zdravotním postižením, byl naplněn a otázky zodpovězeny. Všechny charakteristiky tohoto zařízení jsou obsaženy na stranách 33- 42 této práce. Pro naplnění tohoto cíle jsme použili převážně techniku nestrukturovaného rozhovoru. Jako kompetentní osobu pro zodpovězení otázek týkajících se charakteristik domova Barborka jsme zvolili dvě pracovnice s dlouholetou praxí v tomto domově Barborka. Rozhovor se uskutečnil v prostorách domova a jeho délka byla 2 hodiny. Další technikou bylo studium odborných dokumentů, které souvisí právě s charakteristikami domova Barborka.

3. cíl a výzkumná otázka č. 4- porovnání hlediska poskytovaných služeb, hlediska personálního a ekonomického v teorii a v praxi. Teorií je myšleno převážně právní ukotvení v zákoně č. 108/2006 Sb, o sociálních službách a ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V praxi vycházíme z charakteristik zvoleného zařízení pro jedince se zdravotním postižením, domova Barborka. Zde jsme využili opět metod studia odborných dokumentů, jsou jimi- Domovní, provozní a

návštěvní řád domova Barborka, Smlouva o poskytnutí sociální služby, zákona č. 108/2006 Sb., vyhlášky 505/2006 Sb. Ze sběru a studia výše uvedených dokumentů vyplývá, že služby, které jsou právně ukotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. a ve vyhlášce 505/2006 Sb., jsou také poskytovány v domově Barborka. Tyto služby jsou ještě dále rozšířeny o služby fakultativní a o různé druhy pracovní terapie. V hledisku personálním jsme se převážně zaměřili na vzdělání zaměstnanců, zaměstnanecká struktura (druhy zaměstnanců) a poměr žen a mužů v zaměstnanecké pozici. Na základě zjištěných informací vyplývá, že všichni zaměstnanci domova Barborka mají adekvátní vzdělání pro výkon daného povolání, podmínky pro výkon těchto povolání jsou obsaženy v zákoně č. 108/2006 Sb. Je nutno říci, že většina zaměstnanců domova Barborka pracuje jako pracovníci v sociálních službách. Co se týče poměru žen a mužů, je poměr žen výrazně vyšší. Muži v tomto zařízení vykonávají práci provozního charakteru a to práce údržbářské.

ZÁVĚR

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“ (Adrian D. Ward in Švarcová, 2006, s. 13)

S tímto výrokem souhlasíme. Je v něm obsažen velký kus pravdy. Na základě tohoto citátu hodnotíme naši českou společnost jako „polopochybenou“. Tím máme na mysli, že se naše společnost o jedince s mentálním postižením stará, ale nemělo by se jednat pouze o péči branou jako povinnost, ale péči chápanou jako poslání a jakési naplnění životního smyslu člověku. Tímto naznačujeme, že také ústavní péče o jedince s mentálním postižením je jedním z ukazatelů kvality celé společnosti.

Cílem práce bylo poukázání na posun v rámci ústavní péče o jedince s mentálním postižením. Změnu jsme zaznamenali především v přístupu společnosti k jedincům s mentálním postižením a s tím tedy souvisí změna kvality poskytování sociálních služeb. I když se jedná o pokrok velký, nemělo by se „usnout na vavřínech“ a nadále by měla být vyvíjena snaha jak o neustálé zlepšování kvality služeb poskytovaných v ústavních zařízeních, tak i o rozšíření druhů poskytovaných sociálních služeb.

V případě ústavní péče shledáváme další velmi zajímavou problematiku správné lokace ústavního zařízení či vzdělávání v takové instituci. Tato hlediska úzce souvisí s tématem práce a mohla by vést k jejímu rozšíření. Při myšlence na ústavní péči je nasnadě otázka, jak si v péči, výchově a vzdělávání jedinců s mentálním postižením vedou ostatní státy. Takže dalším směrem, kterým by mohla tato práce vést, je komparace ústavní péče pro jedince s mentálním postižením na území České republiky a například Německa.

Na úplný závěr bychom použili slova Švarcové (2004), která říká, že není ani tak důležité velké množství finančních prostředků, proto aby jedinci s mentálním postižením žili hezký a radostný život pod střechou nějakého ústavního zařízení, ale postačí trocha dobré vůle a velká lidská podpora.

SEZNAM LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

- ČERNÁ, Marie, Josef NOVOTNÝ a Jaroslava ZEMKOVÁ. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982. ISBN není uvedeno.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základy teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978- 80-7367-485-4.
- HOGENBOOM, Marga. *Menschen mit geistiger Behinderung besser verstehen*. 2. vyd. München: Reinhardt, 2006. ISBN 3-497-01850-3.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a mentálně postižené*. Olomouc: Anag, 2001. ISBN 80-7263-083-0.
- KŘIVÁNEK, František. *Ústavní sociální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 1984. ISBN není uvedeno.
- LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 2. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1995. ISBN 80-900254-6-3.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-08-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1 vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1009-6.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: Filosoficko- historický pohled*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše LUDÍKOVÁ a kolektiv. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- ŘÍČAN, Pavel, Olga Krejčířová a kolektiv. *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1997.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 6.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN není uvedeno.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

VALENTA M., Krejčířová O. *Psychopedie: Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopej, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: PARTA, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

VOJNAR, Vratislav. *Ústavní sociální péče*. 1. vyd. Praha: Institut pro místní správu, 1998. ISBN není uvedeno.

Právní normy:

Domovní řád Domova pro dospělé osoby se zdravotním postižením BARBORKA v Kroměříži. (2012)

Provozní řád Domova pro dospělé osoby se zdravotním postižením BARBORKA v Kroměříži. (2012)

MKN- 10. 2. vyd. Praha: Bomton agency, 2008. ISBN 978- 80- 904259-0-3.

Smlouva o poskytnutí sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením BARBORKA. (2009)

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zdroje dostupné z www:

Domov Barborka Kroměříž [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.barborka-km.cz/default.asp?strankaid=19&oddeleniid=2>

Průša, Ladislav. *Sociální služby- srovnání EU a ČR*. Praha: Centrum sociálních služeb. [online]. 2008. [cit. 14.3.2012]. Dostupné z: <http://www.vcvscr.cz/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani.pdf>

Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. *Sociální revue* [online]. 2007[cit. 2012-03-15]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach>.

Sociální reforma [online]. [cit. 2012-14-03]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>.

Doporučené zdroje:

Standardy kvality sociálních služeb, 2007.

www.aaid.com

www.dobromysl.cz

www.helpnet.cz

www.mpsv.cz

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1:** Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007.
- Příloha č. 2:** Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů sociálních služeb v r. 2006.
- Příloha č. 3:** Fakultativní služby poskytované Domovem pro osoby se zdravotním postižením Barborka a jejich poplatky.
- Příloha č. 4:** Rozhovor se zaměstnankyněmi Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka.

Příloha č. 1- Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007

Tab. Č. 1- Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007 (v mil. Kč)

Rok	výdaje na sociální služby celkem	z toho: dotace pro nestátní neziskové organizace
1992	4384	245
1993	5881	174
1994	7619	271
1995	8738	240
1996	8437	466
1997	8832	545
1998	9476	619
1999	9853	624
2000	11016	664
2001	12630	949
2002	14850	919
2003	14790	768
2004	14055	1198
2005	14685	950
2006	15923	1361

Zdroj:

Průša, Ladislav. *Sociální služby- srovnání EU a ČR*. Praha: Centrum sociálních služeb.

[online]. 2008. [cit. 14.3.2012]. Dostupné z: <http://www.vcvscr.cz/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani.pdf>

Příloha č. 2- Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů sociálních služeb v r. 2006.

Tab. Č. 2- Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů služeb v r. 2006

	průměrná výše výdajů připadající na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	průměrná výše úhrady připadající na 1 obyvatele měsíčně (Kč)	podíl průměrné výše úhrady na průměrných výdajích (v %)
domovy důchodců	17252	6327	36,7
domovy penzióny pro důchodce	6176	2324	37,6
ÚSP pro dospělé	19700	8473	43
ÚSP pro mládež	20072	3025	15,1
pečovatelská služba	1298	180	13,8

Zdroj:

Průša, Ladislav. *Sociální služby- srovnání EU a ČR*. Praha: Centrum sociálních služeb.
[online]. 2008. [cit. 14.3.2012]. Dostupné z: <http://www.vcvscr.cz/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani.pdf>

Příloha č. 3- Fakultativní služby poskytované domovem pro osoby se zdravotním postižením Barborka a jejich poplatky

1. Nadstandardní opravy osobního prádla (celkové zužování či rozšiřování oděvů, zkracování nebo prodlužování oděvů, látání ložního prádla)- skutečné náklady + práce 20,-.
2. Řemeslné práce nad rámec základních služeb (lepení obuvi, oprava osobních a doplňkových předmětů)- skutečné náklady + práce 20,-.
3. Drobné nákupy- 10,-/úkon, větší nákup bez klienta- 20,-/úkon, větší nákup s klientem- 30,-/úkon.
4. Doprovod klienta na nákupy, k lékaři, ke společenským akcím- 20,-/úkon.
5. Doprovod s řidičem- 100,-/úkon.
6. Úschova cenností- 30,-/úkon.
7. Rozmnožování tiskovin- 1,-/A4 jednostranně, 2,-/A4 oboustranně, 10,-/barevný tisk.
8. Zhotovení fotografií z akcí zařízení- skutečné náklady.
9. Pronájem kulturní místnosti na soukromé akce a oslavy klientů- 100,-/akce.
10. Zajištění notářských nebo právnických služeb- 10,-/úkon.
11. Používání rehabilitačních pomůcek zařízení:
 - biolampa 10,-
 - masážní polštář 10,-
 - perličková koupel 10,-
 - inhalační přístroj 10,-.
12. Zapůjčení kompenzačních pomůcek domova:
 - WC křeslo 100,-/měsíc
 - chodítka 100,-/měsíc
 - invalidní vozík 150/měsíc
 - polohovací postel 200,-/měsíc
13. Používání soukromých elektrospotřebičů:
 - lednička 160,-/měsíc
 - televize 72,-/měsíc
 - mikrovlnná trouba 80,-/měsíc
 - varná konvice 60,-/měsíc
 - počítač 20,-/měsíc

- ventilátor 30,-/měsíc
 - žehlička 30,-/měsíc
 - satelitní přijímač 35,-/měsíc
 - internet (majetek poskytovatele) 25,-/měsíc
14. Manipulační poplatek za prostředkování platby ze lékařskou péči- paušální měsíční poplatek- 10,-.
15. Pedikérské služby v rámci domova 30,-/úkon.
16. Škody způsobené uživatelem na majetku domova, na majetku ostatních uživatelů a na majetku personálu- skutečné náklady.
17. Označení osobního prádla značkovacím listem- 2,-/číslo.
18. Dodavatelské služby- skutečné náklady:
- kadeřník, holič
 - pedikúra
 - manikúra
 - kosmetika
 - notář
 - právník
 - televizní a rozhlasový poplatek
 - internet
 - oprava a seřízení osobních věcí klientů (Zdroj- Příloha č. 2 Smlouvy o poskytnutí sociální služby)

Příloha č. 4- Rozhovory se zaměstnankyněmi Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka.

A) Rozhovor s pracovníci, která působí v oblasti výchovy v domově Barborka:

- **Jsou v tomto zařízení poskytované nějaké druhy terapií? Pokud ani, tak jaké?**

„Počet terapií máme 6, uživatelé si je vždy srpnu vybírají na další „školní rok“, tj. od září do června následujícího roku, během prázdnin terapie nefungují. Uživatelé je navštěvují dopoledne od 8,30 -11,00 a odpoledne 12,30 – 14,45 a to podle jejich výběru zda budou chodit jen dopoledne, nebo odpoledne, případně i dopoledne i odpoledne. Vše se však musí zkorigovat s prostorovými možnostmi terapií. Druhy terapií: košíkářská dílna, keramická dílna, tkalcovská dílna, šicí dílna, dílna na šití koženkových papučí a kreativní dílna. Dále jsou naši uživatelé zaměstnáni na zkrácený úvazek u firmy arg. Recikling s.r.o – demontáž klávesnic. 2 uživatelé jsou zaměstnáni v chráněné dílně – výroba mýdel. Několik uživatelů má podepsanou dohodu o provedení práce a jsou zaměstnáni na pomocné práce v našem domově – prádelna, kuchyň, vrátnice, úklid, obchůdek.“

- **Jaké personální obsazení domova- poměr mužů a žen?**

„Vedoucí domova – 1 /žena/, zástupce vedoucí, vedoucí obslužné péče – 1 /žena/, sociální pracovníce – 1 /žena/, pokladní – 1 /žena/, účetní – 1 /žena/, skladní – 2/ženy/, zdravotnice – 5/ženy/, kuchařky – 9 /ženy/, údržba – 4/muži/, uklízečky – 7 /ženy/, pradelny -4 /ženy/, vrátnice – 2 /ženy/-zkrácený úvazek, prodavačka v obchůdku – 1 /žena/-zkrácený úvazek, terapie – 6 /ženy/, pracovníci v přímé obslužné péči – 50 /5 mužů, zbytek ženy/. Dále jednou týdně dochází do domova praktická lékařka, stomatoložka, jednou za 14 dní psychiatr, jinak uživatelé navštěvují odborné lékaře v jejich ordinacích.“

- **Jaké je vzdělání zaměstnanců, kteří vykonávají přímou obslužné práci?**

„Jedná se p pracovníky v sociálních službách, což znamená, žena výkon této práce postačí pouze základní či střední vzdělání, ale je však nutné, aby všichni zaměstnanci absolvovali akreditovaný kvalifikační kurz v tomto oboru. Naši zaměstnanci tento kurz absolvovali a tak mají všechny předpoklady k výkonu tohoto povolání.“

- **Jsou v rámci domova pořádány nějaké kulturní akce, je zde zajištěná rekreace pro klienty?**

„Na rekreace jezdíme každý rok. A pokaždé na jiné místo. K rekreacím, které jsou již tradicí, patří zimní Velké Karlovice, v červnu Březejc – je to rekreační středisko upravené pro imobilní uživatele, dále pak turistický pobyt Podhradní Lhota, stanový pobyt Hradisko. Jednou za dva roky se snažíme uskutečnit zahraniční rekreaci u moře. Dále jezdíme na Rejvíz, Velké Karlovice chata Pod Javorem, Gizita, Velké Losiny – rekreace jsou různé, snažíme se, aby byly za rok aspoň 4, je to podle finančních možností uživatelů a domova. Dále pak pořádáme různé výlety ať už turistické, tak poznávací, naučné. Uživatele se snažíme střídat nejen na výletech, ale i na rekreacích. Sociální služby města Kroměříže pořádají již tradiční akce, jako jsou prodejní Jarmark s vystoupeními uživatelů různých domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory, Zimní sportovní hry na Hostýně a Hry bez hranic na podzim v Lutopecnách. Dále na našem domově pořádáme – masopust, karneval, soutěž Pták zpěvák, různé vědomostní soutěže, besedy, zveme různá hudební vystoupení, kouzelníka, policii na ukázkou jejich práce, pořádáme různá sportovní klání. Snažíme se o co největší pestrost nabídek pro zkvalitnění života našich uživatelů a aby si každý uživatel měl možnost vybrat dle svých možností a zájmů.“

B) Rozhovor se zaměstnankyní, která působí v sociální oblasti již 20 let.

- **Jak dlouho pracuje v Domově pro osoby se zdravotním postižením Barborka?**

„Zde pracuji již od samého vzniku tohoto zařízení, tj. od roku 2002- jedná se o 10 let. Avšak v oblasti sociální práce pracuji vlastně celý život, letos to bude 21 let.“

- **Myslíte si, že změna, která proběhla v souvislosti se změnou zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách?**

„Dle mého názoru tato transformace, tedy přejmenování zařízení z ústavu sociální péče na domov pro osoby se zdravotním postižením nepřineslo změnu v chodu, došlo pouze o změnu názvu. Změny v oblasti poskytování sociálních služeb samozřejmě probíhala dlouhá desetiletí, ale to, že přišel v platnost tento zákon, je pouze vyvrcholením toho všeho. O změnu v přístupu se snažíme již od 90. let.“

- **Jaké služby domov Barborka klientům poskytuje?**

„Poskytujeme v první řadě ubytování, stravování, dále také služby fakultativní. Všechny služby všude naleznete v našem provozním řádu a také řádu domovním.

- **Co předchází umístění klienta do Vašeho domova?**

„V první řadě žadatel vyplní dotazník pro zájemce o sociální službu, který slouží jako podklad pro stanovení úkonů a samotné péče o případného klienta. V případě, že klient je zbaven způsobilosti k právním úkonům, vyplňuje tento dotazník opatrovník či zákonný zástupce. Jsou zde uvedeny všechny údaje o klientovi, jaké je jeho začlenění ve společnosti, jaká je jeho strava, chůze, zda používá nějaké kompenzační pomůcky atd. Jednoduše tímto dotazníkem budoucího klienta lépe poznáme a bude se nám s ním dobře spolupracovat. Společně s dotazníkem je odeslána také samotná žádost o poskytnutí sociální služby a také žádost o umístění do zařízení sociálních služeb. Tato se odesílá na ředitelství sociálních služeb města Kroměříže. Jako součást žádosti je zdravotní zpráva, kopie rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči a další přílohy. Žádost musí být podepsána buď přímo žadatelem, pokud není zbaven způsobilosti, v opačném případě podepíše žádost opatrovník. Dále následuje sociální šetření, které je prováděno v domácnosti nebo v zařízení, kde klient pobývá. Komunikuje se také s jejich lékaři a sociálními pracovníci. A jako poslední následuje rozhodování, kdy komise rozhoduje o vyhovění či nevyhovění. Poté už jen kontaktujeme žadatele, zda se stane či nestane naším klientem.“

- **Kdo jsou klienti toho zařízení?**

„Naše zařízení je určeno pro dospělé jedince s mentálním postižením. Jsou jimi také klienti s mentálním a dalším přidruženým postižením, nejvíce je to postižení mentální s postižením somatickým. V současné době je zařízení plně zaplněno, tedy všech 140 míst máme obsazených. Průměrný věk naši klientů je 53- 54 let. Jedná se o klienty nejen z okolí, ale také z celé republiky, což nás velmi těší. Musím říci, že o naši službu je velký zájem a máme dlouhou evidenci čekatelů o umístění právě do našeho domova Barborka.“

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jaroslava Seifertová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, PhD
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Vývoj zařízení ústavní péče pro osoby s mentálním postižením
Název v angličtině:	Development of institutional care for person with mental disabilities
Anotace práce:	<p>Práce je zaměřena na ústavní péči a její zařízení určené jedincům s mentálním postižením, dále se zabývá charakteristikou moderního zařízení pro tyto jedince a to zejména ze tří hledisek: personální, ekonomické a hledisko poskytovaných služeb.</p> <p>Cílem je poukázání na změnu, která v tomto směru nastala, práci byly použity tyto výzkumné metody: nestrukturovaný rozhovor, pozorování a studium odborných dokumentů.</p>
Klíčová slova:	Mentální postižení, mentální retardace, jedinec s mentálním postižením, ústavní péče, ústavy sociální péče, domovy pro jedince se zdravotním postižením
Anotace v angličtině:	<p>This work focuses on institutional care and its facilities for individuals with mental disabilities.</p> <p>It also deals with the characteristics of modern facilities for these individuals, especially from free aspects: personal, economic aspects and services.</p> <p>The aim is to highlight those changes that occurred in this direction. In this work used the following research methods: unstructured interview, observation and study of professional documents.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, Mental disability, Individuals with mental disability, institutional care, Department of Social Welfare, Homes for people with disabilities

Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1- Vývoj nákladů na sociální služby v letech 1992-2007.</p> <p>Příloha č. 2- Porovnání výše průměrné úhrady na výši průměrných výdajů u vybraných typů sociálních služeb v r. 2006.</p> <p>Příloha č. 3- Fakultativní služby poskytované domovem pro osoby se zdravotním postižením Barborka a jejich poplatky.</p> <p>Příloha č. 4- Výsledek rozhovoru se ze zástupkyní vedoucí domova Barborka.</p>
Rozsah práce:	49 str.
Jazyk práce:	Český