

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením

Bakalářská práce

Autor: Markéta Benešová
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Benešová**
Osobní číslo: **P111329**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Výchovná práce ve speciálních zařízeních**
Název tématu: **Význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Bakalářská práce se zaměřuje na význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Teoretická část se zaměřuje na terminologické vymezení, charakterizuje mentální postižení, chráněné bydlení, sociální služby a seznamuje nás s konkrétním Ústavem sociální péče v Lobendavě. Praktická část je realizována formou kvalitativního šetření, je zaměřena na rozhovory s jedinci, kteří přešli z ústavní péče do chráněného bydlení. Dále je využito kazistik klientů. Cílem práce je poukázat na význam a možnosti chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Lenka Neubauerová**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **28. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucí bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 5. 11. 2015

Markéta Benešová

Poděkování

Děkuji PhDr. Lence Neubauerové za poskytnuté připomínky, cenné rady a odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem klientům a zaměstnancům, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za ochotu a spolupráci. Velké díky také patří mému manželovi a mým rodičům, za velkou podporu během celého mého studia.

Anotace

BENEŠOVÁ, Markéta. *Význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 69 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zaměřuje na význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zaměřuje na terminologické vymezení, charakterizuje mentální postižení, chráněné bydlení, sociální služby a seznamuje nás s konkrétním Ústavem sociální péče v Lobendavě. Praktická část je zaměřena na konkrétní jedince, kteří přešli z ústavní péče do chráněného bydlení. V této části je využito kazuistik klientů, zúčastněného pozorování, neformálního a nestrukturovaného rozhovoru a dotazníků.

Klíčová slova: mentální retardace, chráněné bydlení, sociální služby, Ústav sociální péče Lobendava resp. Dům bez hranic Rumburk

Anotace

BENEŠOVÁ, Markéta. *The importance of sheltered housing for people with mental disabilities*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 69 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor's thesis focuses on importance of sheltered housing for persons with mental handicap. It is divided into two parts. The theoretical part concentrates on terminological specification; it characterizes mental disorders, sheltered housing, social service and gives information about the actual Institution of social care in Lobendava. The practical part is focused on specific individuals who have switched from institutional care into sheltered housing. This section is used case studies of clients, participant observation, informal and unstructured interviews and questionnaires.

Keywords: mental retardation, sheltered housing, sheltered housing, Institution of social care in Lobendava respectively House Without Borders Rumburk

Obsah

Obsah	8
Úvod	10
Teoretická část	12
1. Mentální retardace	12
1.1 Etiologie mentální retardace.....	13
1.2 Diagnostika mentální retardace.....	15
1.3 Klasifikace mentální retardace	16
1.4 Syndromy spojené s mentálním postižením a epilepsie.....	22
2. Sociální služby.....	24
2.1 Cíl sociálních služeb.....	25
2.2 Druhy sociálních služeb	25
2.3 Poskytovatelé sociálních služeb	25
3. Chráněné bydlení.....	26
3.1 Standardy kvality sociálních služeb	26
4. Ústav sociální péče Lobendava	27
4.1 Základní informace	27
4.2 Historie	29
4.3 Druh sociální služby.....	29
4.4 Transformace – Domov bez hranic Rumburk.....	31
Praktická část.....	34
5. Transformace – její vysvětlení	34
6. Význam chráněného bydlení	35
7. Použité metody	35
7.1 Neformální a nestrukturovaný rozhovor	35

7.2	Zúčastněné pozorování.....	36
7.3	Kazuistika.....	36
7.4	Dotazníky	36
8.	Výzkumný vzorek a sběr dat	37
9.	Kazuistiky klientů.....	37
9.1	Pan František.....	37
9.2	Paní Zdena.....	39
9.3	Paní Věra	41
9.4	Pan Tomáš.....	43
10.	Výsledky dotazníku	45
11.	Ověření dílčích výzkumných cílů	53
	Závěrečné hodnocení	58
	Závěr.....	62
	Seznam použité literatury	64
	Přílohy	67

„Mít rád lidi a milovat je, to je celé tajemství a snad jediný recept na štěstí.

Kdo myslí jenom na sebe, ochudí jiné o sebe, ochudí sebe o jiné, zakrní a zahyne.“

Jan Werich

Úvod

V České republice žije cca 300 000 lidí s mentálním postižením. V historii byl přístup k osobám s mentální retardací negativní, poté charitativní až po snahu ústavní péče, která byla ale izolovaná. Postupně tu byla snaha integrovat jedince s mentálním postižením do majoritní společnosti.

V posledních letech se zvýšil zájem o tyto spoluobčany a díky integraci umožňuje jedinci s mentálním postižením uplatnit se ve společnosti. Integrace přináší všestranný rozvoj osobnosti a zlepšuje kvalitu života osob s postižením.

Velmi důležitý je zde proces normalizace a humanizace. Normalizace představuje možnost žít normálním způsobem života, ve známém prostředí a se známými a blízkými lidmi. Humanizace zase představuje proces respektování a nahlížení na postižené občany jako na rovnocenné členy a partnery, kteří nejsou pro lidi bez postižení přítěží.

Zkvalitňování služeb pro osoby s mentálním postižením a nejen pro ně je současným fenoménem. Jelikož má jít vždy o blaho klientů, zajímal mě jejich pohled na věc. Vybrala jsem si klienty, kteří v ústavu sociální péče žili i desítky let. V rámci transformace byli přestěhováni do CHB do nově zrekonstruovaných budov a pronajatých bytů.

Toto téma jsem si vybrala proto, že jsem v Ústavu sociální péče byla krátký čas zaměstnaná a transformace mě oslovila. Když jsem tam nastoupila jako pracovník v sociálních službách, byla část klientů už transformována. Názory na blížící se další část transformace se ale velice rozcházely, jak ze strany klientů, tak i zaměstnanců, a proto jsem se rozhodla udělat výzkum.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je prokázat, zda má chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením nějaký význam, pokud ano, tak jaký.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se věnuji mentální retardaci, popisuji zde její etiologii, příčiny, diagnostiku a klasifikaci. Dále se zabývám chráněným bydlením a sociálními službami. V neposlední řadě zde popisuji Ústav sociální péče v Lobendavě, resp. Dům bez hranic v Rumburku.

V praktické části provádím šetření v prostředí chráněného bydlení klientů. Mezi výzkumné metody, které zde využívám, jsem zařadila neformální a nestrukturovaný rozhovor, pozorování, dotazníky a dále čerpám z kazuistik jedinců s mentálním postižením.

Teoretická část

V této části se zaměřuji na terminologické vymezení, charakterizuji zde mentální postižení resp. mentální retardaci. Popisuji etiologii mentální retardace, charakteristiku jejích jednotlivých stupňů. Dále se zde věnuji jednotlivým obdobím života jedince s mentální retardací a zmiňuji se i o projevech a diagnostice mentální retardace. V teoretické části se dále zabývám sociálními službami, chráněným bydlením a věnuji se zde konkrétnímu Ústavu sociální péče v Lobendavě.

1. Mentální retardace

Lidé s mentální retardací mají, stejně jako lidé bez postižení, své sny, touhy a potřeby. Chtějí být soběstační a svobodní, chtějí mít bezpečný domov, rodinu a přátele a v neposlední řadě chtějí pracovat a bavit se. V dnešní době se jim mnoho těchto přání může splnit. Často se setkáváme s širším termínem, než je mentální retardace a to mentálně postižený. Toto označení doporučila organizace Inclusion International, aby se užívalo ve spojení člověk (dítě, mladistvý) s mentálním postižením (s mentální retardací). Tím se vyjadřuje skutečnost, že jde v první řadě o lidskou bytost a postižení je dalším z mnoha jeho osobnostních rysů.

Dle WHO je mentální retardace *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude 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“* (10. revize MKN-10).

Mentální retardace je charakterizována zpomalením, zpožděním duševního vývoje, který vzniká buď v důsledku somatického onemocnění, nebo sociálního zanedbání. Dále se projevuje snížením intelektuálních schopností. Je provázena nižší schopností orientovat se zvláště v sociálním prostředí a může se projevit v průběhu vývoje jedince. Jedinec zpravidla zaostává v sociálních a pracovních dovednostech, v učení a citovém životě za svými vrstevníky (Hartl, 2000).

Jde o závažné postižení vývoje rozumových schopností, které vzniká v období prenatalním, perinatálním nebo časně postnatálním. Vede k významnému omezení v přizpůsobivosti postiženého jedince. Diagnostika probíhá pomocí inteligenčního testu, ve kterém jedinec selže, jeho výkon je tedy nižší než dvě standardní odchylky pod průměrem. K diagnóze mentální retardace nestačí pouze inteligenční test, současně musí selhávat i v plnění běžných očekávání ve svém sociálním prostředí, které jsou přiměřené věku. Protože např. romské dítě, které má nižší IQ než 70, nelze označit jako mentálně retardované, protože ve své rodině není nijak nápadné a dobře plní všechna její očekávání (Krejčířová, 2006).

Dle Franioka vychází mentální retardace z rozdělení jedinců dle výše IQ (inteligentního kvocientu). Pokud má osoba nižší rozsah IQ než je pásmo označené jako hraniční, je považována za mentálně retardovanou. Mentální retardace je vymezena rozsahem IQ 69 a níže (Franiok, 2006).

Stručně můžeme charakterizovat mentální retardaci jako snížení úrovně rozumových schopností.

1.1 Etiologie mentální retardace

Mentální retardací a její etiologií se zabývá mnoho autorů a můžeme ji najít v mnoha publikacích. Jak na matku během těhotenství, tak přímo na dítě po narození působí mnoho vlivů. Vzhledem k tomu nelze ve většině případů přesně určit příčinu mentální retardace.

Etiologické faktory mohou být primárně biologické nebo psychosociální, event. může jít o jejich kombinaci. Přibližně platí závislost, že čím je mentální retardace hlubší, tím

častěji lze najít biologickou příčinu a tím častěji se lze setkat s nedostatečným nebo abnormním tělesným vývojem a degenerativními stigmaty. Asi u 25 % případů mentálních retardací jsou etiologickými faktory chromozomální a metabolické poruchy. Existuje asi 150 metabolických poruch, se kterými je spojen defekt intelektu. Lehká mentální retardace je častěji důsledkem zděděné inteligence, ve spodní části distribuční křivky v populaci, často v kombinaci s nepodnětnou výchovou (Zvolský a kol., 2001, str. 344)

Podle Zvolského (2001) se jedná o prenatální a perinatální faktory. Mezi prenatální faktory řadí infekční onemocnění matky, endokrinní poruchy matky, fetální alkoholový syndrom, Rh inkompatibilitu, získaný defekt imunity (AIDS) a další intrauterinní poškození, mezi které řadí intrauterinní hypoxii, podvýživu matky, radiaci nebo některé léky užívané v těhotenství. Mezi perinatální příčiny zahrnuje mozkovou hypoxii, dokonce i mozkové krvácení. Uvádí zde, že čím větší oblast mozku byla postižena, tím více zaostává psychický vývoj dítěte.

Podle Švarcové (2011) jde o příčiny endogenní a příčiny exogenní. Pokud mluvíme o příčinách endogenních, mluvíme o příčinách genetických, které jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. Exogenní vlivy se dále člení podle období působení na prenatální, perinatální a postnatální.

V prenatálním věku může být porucha podmíněna působením teratogenních vlivů. Faktory poškozující normální vývoj dítěte mohou působit prostřednictvím organismu matky. Jedná se například o vlivy fyzikálních faktorů, chemických faktorů (léky, zneužívání psychoaktivních látek) a faktory biologické (například virové či mikrobiální teratogeny).

V perinatálním období neboli při porodu může také dojít k poškození, nejčastěji vlivem nedostatku kyslíku (asfyxie) nebo mechanickým stlačením hlavičky, jehož následkem je krvácení do mozku jedná se o tzv. perinatální poškození (Matulay, 1986).

Možné je rovněž postnatální poškození mozku, jehož následkem je narušení vývoje rozumových schopností. Dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny mentálních retardací budou zahrnovány pouze takové defekty, které vznikly v průběhu prvních 18 měsíců věku dítěte (Koluchová, 1989). Později vzniklé retardace jsou označovány za získané a v takových případech hovoříme již o demenci (Vágnerová, 2004).

O mentální retardaci nelze mluvit, pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, tento handicap není vrozený a není ani trvalý, nejedná se o poškození CNS. Vágnerová jej definuje jako sociální poškození vývoje rozumových schopností (dříve nazývaného pseudooligofrenie). Pokud by dítě vyrůstalo v podnětnějším prostředí, jeho stav by byl zcela jistě odlišný (Svoboda, Vágnerová, 2001).

Mezi nejčastější projevy mentální retardace řadíme sugestibilitu a rigiditu chování, zvýšenou závislost na rodičích a druhých lidech, zvýšenou pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování, poruchy v meziosobních vztazích a komunikaci, poruchy poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost v úsudcích, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť, sníženou přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům, opožděný psychosexuální vývoj, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“, infantilní osobnost, nerovnováhu aspirací a výkonů, impulzivnost, hyperaktivitu nebo celkovou zpomalenost chování, citovou vzrušivost a labilitu nálad, zvýšenou potřebu uspokojení a jistoty, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace (Valenta, 2012).

1.2 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika mentální retardace je složitý proces, u kterého je potřeba pohlížet na mnoho různých faktorů. Důležité je rozpoznat, zda se jedná o mentální retardaci nebo opoždění vývoj. Toto má za úkol diferenciální diagnostika.

„Speciálně pedagogická diagnostika je součástí speciální pedagogiky. Jejím cílem je co nejdokonalejší poznání člověka s postižením, vadou nebo nějakým handicapem. Zaměřuje se na získání informací o osobnosti dotyčného jedince a o jeho možnostech

v oblasti vzdělavatelnosti a vychovatelnosti, neboť to jsou hlavní předpoklady pro zařazení člověka s postižením do společnosti. To je také důvod, proč se speciálně pedagogická diagnostika snaží získat co nejvíce informací o prostředí, ve kterém dotyčný žije, které na něj působí a které i on svými osobnostními charakteristikami ovlivňuje ve vztahu k sobě.“ (Pipeková, 1998, str. 33).

Protože cílem této práce není diagnostika mentální retardace, zmínila jsem se zde o ní jen okrajově. Více se o diagnostice můžeme dozvědět např. v díle Psychopedie od Petra Franioka.

1.3 Klasifikace mentální retardace

Ve starší odborné literatuře se setkáváme s rozdělením osob s mentální retardací na vzdělavatelné a nevzdělavatelné. V roce 1905 vypracoval postup měření inteligence Alfred Binet se spolupracovníkem Simonem a později ji zdokonaloval Lewis Terman, který upravoval a vypouštěl data tak, aby dítě dosáhlo v každém věku hodnoty 100 a k tomu využíval index Williama Sterna.

V letech 1966 – 1975 platila osmá revize mentální retardace, kterou přijalo WHO. Podle mezinárodní klasifikace poruch byla oligofrenie (MR) označena čísly 310 – 315 v těchto stupních inteligenčního kvocientu (IQ):

310	Mírná duševní zaostalost – slaboduchost	IQ 68-85
311	Lehká slabomyslnost (oligofrenie) – debilita	IQ 52-67
312	Středně těžká slabomyslnost (oligofrenie) – imbecilita	IQ 36-51
313	Těžká slabomyslnost (oligofrenie) – prostá idiocie	IQ 20-35
314	Těžká slabomyslnost (oligofrenie) – těžká idiocie	IQ pod 20
316	Oligofrenie blíže neurčené	

Podle deváté revize (ICD – 9), která se u nás začala používat od roku 1979, je mentální retardace zahrnuta v kapitole V. Duševní choroby pod záhlavím Duševní zaostalost (317-319) v těchto stupních:

317	Lehká duševní zaostalost
	Debilita

	Mírná duševní subnormalita
	IQ 50-70
318	Jiná přesně určená duševní zaostalost
318.0	Středně těžká duševní zaostalost
	Imbecilita
	Středně těžká duševní subnormalita
	IQ 35-49
318.1	Těžká duševní zaostalost
	Těžká duševní subnormalita
	IQ 20-34
318.2	Hluboká duševní zaostalost
	Hluboká duševní subnormalita
	Idiocie
	IQ pod 20
319	Duševní zaostalost NS
	Duševní subnormalita NS

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností, které v psychologii obvykle označují jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení.

„Moderní teorie pracují s různými typy inteligence u člověka (abstraktní, praktická, sociální atd.), stále se ovšem vyskytuje potřeba kvantifikovat (měřit) inteligenci, která kdysi vedla Sterna až k definování inteligenčního kvocientu (IQ) jako poměru mentálního a fyzického věku“ (Slowík, 2007, str. 113).

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Při klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která

vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- F70 lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- F71 středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- F72 těžká mentální retardace (IQ 20-35)
- F73 hluboká mentální retardace (IQ do 19)
- F78 jiná mentální retardace
- F79 nespecifikovaná mentální retardace

1.3.1 Lehká mentální retardace

Do této kategorie řadíme převážnou většinu mentálně retardovaných jedinců. Uvádí se, že je diagnostikována u 80 – 85 % postižených. Mezi charakteristiku lehké mentální retardace se řadí dosažení schopnosti užívat řeč. V dětském věku bývá vývoj řeči opožděný, ale v dospělosti jsou jedinci schopni využívat řeč, verbálně komunikovat a udržet konverzaci. V péči o vlastní osobu se dokážou o sebe velice dobře postarat. Mám zde na mysli hygienu, jídlo, oblékání a mytí. I v praktických domácích dovednostech dosahuje většina nezávislosti. Nejvíce mají specifické problémy ve škole v teoretické práci. Potíže jim dělá čtení a psaní, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť. Mnoho jedinců s lehkou mentální retardací lze zaměstnat. Jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Vyskytuje se zde nedostatečná zvědavost a vynalézavost. Velký význam má výchovné působení a prostředí rodiny. Mentální věk se pohybuje v pásmu 10 – 11 let (Švarcová-Slabinová, 2011).

Učení – Jedinci s lehkou mentální retardací dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Dokážou chápat a respektovat některá pravidla logiky. Užívají většinou jen konkrétní pojmy, neumějí přemýšlet abstraktně a i ve verbálním projevu chybí abstraktní pojmy. Jsou schopni se učit, zvládají výuku ve speciálních školách. Největší potíže se převážně objevují v teoretické práci. Mnoho osob s lehkou mentální retardací mají specifické problémy se čtením a psaním.

Komunikace – Co se týká jedinců s lehkou mentální retardací, ti si osvojují mluvu opožděně, ale ve většině případů dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním rutinním životě. Dokážou udržet konverzaci.

Sebeobsluha – Mnozí ve svém životě dosáhnou úplné nezávislosti v osobní péči. Naučí se sami jíst, umývat se, oblékat, naučí se ovládat vyprazdňování močového měchýře a střev. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti i v praktických a domácích dovednostech, i když pomaleji oproti normě.

Pracovní uplatnění – Většina jedinců s lehkou mentální retardací má možnost se uplatnit na trhu práce, lze je zaměstnat prací, nejlepší je ovšem taková, která vyžaduje spíše praktické než teoretické dovednosti či schopnosti.

1.3.2 Středně těžká mentální retardace

Do této kategorie řadíme přibližně 10% postižených. U těchto jedinců je výrazně omezen rozvoj a schopnost užívání řeči, řeč je jednoduchá, slovník je obsahově chudý. U některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace. Taktéž je opožděna a omezena schopnost v péči o sebe a svojí osobu. Ve škole mají velké problémy, ale při kvalifikovaném pedagogickém vedení si osoba se středně těžkou mentální retardací dokáže osvojit základy trivia, tedy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou někteří jedinci schopni vykonávat manuální práci, je-li zajištěn odborný dohled. Mnozí se dokážou uplatnit i v chráněných dílnách. V dospělosti je zřídka možné u jedinců vést úplný samostatný život. Většinou jsou jedinci emocionálně labilní, nevyrovnaní a mají časté afektivní a nepřiměřené reakce. Neumějí úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. Mentální věk se pohybuje v pásmu 4 – 8 let (Švarcová-Slabinová, 2011).

Učení – Jedinci se středně těžkou mentální retardací dokážou uvažovat a myslet na úrovni předškolního dítěte. Učení je spíše mechanické a na praktické úrovni. Jsou schopni se naučit běžným návykům a jednoduchým dovednostem. Někteří si ve škole osvojí základy trivia, ale pokroky jsou omezené. Pro pomalejší žáky s omezenou výkonností jsou dobré vzdělávací programy, které mohou pomoci k rozvíjení a k získání základních dovedností. Nejčastěji se vzdělávají v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické.

Komunikace – Verbální projev nebývá nijak rozsáhlý, bývá spíše chudý, špatně artikulovaný a chybí zde i běžné konkrétní pojmy. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když rozumět mohou (Fischer, 2008). Někteří si řeknou hlavně o své potřeby, někteří zase dokážou jednoduše konverzovat. Úroveň řeči je variabilní.

Sebeobsluha – Jako je omezené učení u těchto jedinců, je zde také opožděna schopnost starat se sám o sebe. Děti s postižením si těžko vytvářejí základní hygienické návyky, mezi které řadíme mytí rukou, čištění zubů, vykonávání potřeby apod. a většinou nedovedou samostatně jíst. Oproti zdravým, jsou batolata plně závislá na druhé osobě. Velká většina jedinců se středně těžkou mentální retardací potřebuje celoživotní dohled. Zřídka může někdo vést v dospělosti samostatný život.

Pracovní uplatnění – Pod odborným dohledem jsou osoby se středně lehkou mentální retardací obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, důležité ale je, aby byly pečlivě strukturovány úkoly. Mohou se uplatnit v chráněném prostředí např. chráněné dílny, podporované zaměstnávání a chráněné pracoviště.

1.3.3 Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace se projevuje již v předškolním věku. Jedná se o výrazné opoždění psychomotorického vývoje. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Řeč je primitivní, mají minimálně rozvinuté komunikační dovednosti, někteří nemají vůbec řeč rozvinutou. Jedinci s těžkou mentální retardací nejsou schopni sebeobsluhy. Mezi časté projevy řadíme stereotypní pohyby, agrese, afekty a sebepoškozování. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců až 3,5 roku (Švarcová-Slabinová, 2011).

Učení – Učení u osob s těžkou mentální retardací je značně limitováno. Na vše potřebují velké množství času a naučí se stejně jen několik základních úkonů sebeobsluhy a dokážou splnit několik pokynů. Musí se to s nimi ale neustále procvičovat, jinak to, co se naučili, zase mohou zapomenout.

Komunikace – Oblast komunikace je velice značně omezena, maximálně se naučí jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů a jejich používání nebývá vůbec přesné. Někdy nemluví vůbec.

Sebeobsluha – Po dlouhodobém úsilí zvládnou osoby s těžkou mentální retardací pouze základní úkony sebeobsluhy.

Pracovní uplatnění – Zde je opravdu potřeba hledat individuálně dle schopností osoby. Většinou jde jen o velice jednoduchou manuální práci. Chráněné dílny a podporované zaměstnávání je velice vhodné pro člověka s těžkou mentální retardací.

1.3.4 Hluboká mentální retardace

U hluboké mentální retardace je často senzorycké a motorické postižení, vyskytují se těžké neurologické poruchy. U jedinců je nutná trvalá péče. Potřebují péči i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Komunikace je zde také značně omezena. Dorozumívají se na základě komunikace, ve které se používají jednoduché požadavky a nonverbální odpovědi. Mentální věk se pohybuje v pásmu nižším než 18 měsíců (Švarcová-Slabinová, 2011).

Učení – Učení je v tomto případě také velmi důležité. Potřebují celoživotní vedení a učení, které jsou pro jedince velice důležité, i když se nejeví jako efektivní. Pokud jedinec není veden, to, co už se naučil, ztrácí a postupně chátrá. V rámci toho navštěvuje chráněné dílny, kde si vše, co už umí, procvičuje a učí se další nové poznatky.

Komunikace – Komunikace u jedinců s hlubokou mentální retardací je téměř nulová. Pokud komunikují, tak jen velmi jednoduchou neverbální komunikací např. kývání hlavou. Převládají zde neartikulované výkřiky doprovázené grimasami. Někteří jedinci se naučí porozumět i jednoduchým výzvám za podmínek, že se často opakují.

Sebeobsluha – Nemají téměř žádné schopnosti pečovat o sebe a o své základní potřeby. Většinou jsou to osoby inkontinentní. Je u nich zapotřebí stálý dohled a stálá pomoc.

1.3.5 Jiná mentální retardace

U jiné mentální retardace vůbec nelze nebo je to velice obtížné či nemožné určit stupeň intelektové retardace pomocí běžných metod, protože mají přidružené somatické nebo

senzomotorické poškození. Do této kategorie patří např. nevidomí, nemluvící, neslyšící, jedinci s těžkými poruchami chování apod. (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se používá u těch jedinců, u kterých je jasně prokázána mentální retardace, ale z důvodů nedostatku znaků a informací ji nelze přesně zařadit do výše uvedených kategorií (Švarcová-Slabinová, 2011).

1.4 Syndromy spojené s mentálním postižením a epilepsie

Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Pokud matka konzumuje alkohol v těhotenství, je u ní dvakrát větší pravděpodobnost, že se u dítěte po porodu objeví fetální alkoholový syndrom či se narodí dítě s nízkou porodní hmotností.

Jedná se o vrozenou vadu způsobenou teratogenním vlivem alkoholu v prenatálním období. Nejedná se o genetickou poruchu a ani není způsobena chromozomálními aberacemi. Postižení se může projevit mikrocefalií, poruchami chování a hyperaktivitou, nižším intelektem, fatálními znaky a další. Může se vyskytnout i rozštěp patra.

Mečír (1990) charakterizuje fetální alkoholový syndrom jako stav duševní zaostalosti s mnohočetnými deformacemi tváře a ústní dutiny. Časté jsou vady vnitřních orgánů, přítomnost hyperkinetického syndromu a nižší porodní hmotnost.

Epilepsie

Epilepsie je neurologické onemocnění, tedy onemocnění mozku, které je charakteristické křečemi a záchvaty bezvědomí. Nepříliš často se mohou vyskytovat i psychologické změny osobnosti. Mezi nejčastější druhy záchvatů patří grand mal, petit mal, psychomotorický záchvat a epileptický mráкотný stav. Nověji se dělí na

jednoduché parciální záchvaty, komplexní parciální záchvaty, generalizovaný záchvat bez křečí, generalizovaný záchvat s křečemi (Hartl, 2000).

Dětská mozková obrna (DMO)

DMO je závažné postižení centrální nervové soustavy. Vzniká před narozením dítěte na základě intrauterinní infekce, léčích brané v těhotenství nebo placentární dysfunkce. Při porodu hlavně u vícečetných těhotenství nebo z důvodu hypoxie, hypoglykémie, meningitidy či hemoragie. Nebo může vzniknout brzy po něm a to na základě encefalitidy, encefalopatie či nějakého traumatu. Mezi typické znaky patří tělesná neobratnost, porucha hybnosti, neklid, nerovnoměrný vývoj, opožděný vývoj řeči, vady řeči, impulzivní reakce, střídání nálad, špatné vnímání, těkavost, poruchy zraku a sluchu, epileptické záchvaty aj. Nejčastěji se vyskytuje spastická forma DMO, která se projevuje, jak už sám název říká, svalovou spasticitou. Svaly, které jsou takto postiženy, mají zvýšené napětí a špatně se dají ovládat. Svaly působí staženě, zatnutě a na dotek jsou tuhé, tvrdé. Těžší druh DMO má čtyři formy a to hypotonickou, diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou. U lehčího stupně DMO se vyskytuje lehká mentální retardace anebo žádná. U těžšího stupně DMO se vyskytuje středně těžká až těžká mentální retardace. Kvadraparetickou doprovází těžká DMO. (Pipeková, 1998).

Downův syndrom

Patří mezi nejčastější a nejznámější syndromy. Jedná se o geneticky podmíněné onemocnění způsobené poruchou 21. chromozomu. Obvykle je přítomna nadbytečná kopie jednoho chromozomu (tzv. trisomie 21), nemocný má tedy 47 chromosomů (22 párů a 1 trojici). Downův syndrom se dá diagnostikovat již před narozením dítěte a riziko výskytu stoupá s věkem matky. Vyskytuje se u něj mnoho dalších nemocí a zdravotních komplikací, mezi které řadíme vrozené srdeční vady, vrozenou kataraktu, poruchy štítné žlázy, žaludeční a střevní abnormality aj. Mezi tělesné znaky Downova syndromu patří malá zploštělá lebka, malá postava, rýha napříč dlaně - tzv. opičí rýha, malá ústa a nízké patro, snížený svalový tonus, šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích a další. Hloubka mentálního postižení je různá, nejčastěji jde o lehkou a střední mentální retardaci.

Angelmanův syndrom

Jinak se také Angelmanův syndrom v odborné literatuře nazývá Syndrom šťastného dítěte. Je to z toho důvodu, že dítě s tímto syndromem opravdu působí šťastně, usmívá se, trhavě mává rukama a je veselý. Jedná se o vzácné chromozomální genetické postižení, které je charakteristické vrozenou mentální retardací. Většinou je doprovázený epileptickými záchvaty, absencí řeči, ničím nevyvolanými výbuchy smíchu, opožděným motorickým vývojem a neobvyklými rysy obličeje, kde dominuje brada a špičatý nos.

Syndrom fragilního X chromozomu

Tento syndrom se vyskytuje nejčastěji u mužů, ženy jsou většinou přenašečky. Jedná se o geneticky podmíněný syndrom, který se považuje za velmi častou příčinu mentální retardace. Dá se diagnostikovat v období těhotenství, ale ne spolehlivě. Spolehlivě se dá rozpoznat až z krve dítěte po narození. Mezi tělesné znaky spadají velké uši, dlouhý úzký obličej, vyčnívající čelo, velký obvod hlavy, vysoce klenuté patro, v pozdějším věku i zvětšená varlata. Podle Zvolského (2001) sem spadají i abnormity kostry, pohybového aparátu nebo endokrinního systému, svalovou hypotonii, svalovou koordinaci a abnormity chůze a řeči. Mezi abnormity řeči řadíme echolálii, dysrytmii, vysoký pronikavý hlas aj. Mentální retardace se zde vyskytuje od lehké až po těžkou. Také se syndrom fragilního chromozomu může vyskytnout v kombinaci s autismem (Černá, 2008).

2. Sociální služby

Sociální služby zajišťují pomoc při péči o vlastní osobu a při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomáhá zajišťovat stravování, ubytování, ošetřování, pomoc při prosazování práv a zájmů, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k zajištění sociálního začlenění, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poskytnutí ubytování (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

2.1 Cíl sociálních služeb

Podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život. Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Mezi základní činnosti, které poskytují sociální služby, řadíme poskytování stravy nebo podporu při jejím zajištění, podporu při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, podporu při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu, poskytnutí ubytování nebo podporu při zajištění bydlení, podporu při udržování chodu domácnosti, podporu při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a v neposlední řadě poradenství a terapeutickou činnost (www.mpsv.cz).

2.2 Druhy sociálních služeb

Sociální poradenství, sociálně zdravotní služby, sociální rehabilitace, služby rané péče, pečovatelská služba, osobní asistence, průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba, podporované bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, stacionáře denní a týdenní, centra denních služeb, chráněné bydlení, domovy pro seniory, kontaktní centra, azylové domy, domy na půl cesty, noclehárny, telefonická krizová intervence, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, nízkoprahová centra, služby následné péče a doléčování, terénní programy, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terapeutické komunity (Zákon č. 108/2006 Sb.)

2.3 Poskytovatelé sociálních služeb

Mezi poskytovatele sociálních služeb řadíme obce a kraje, nestátní neziskové organizace a fyzické osoby a ministerstvo práce a sociálních věcí.

Obce a kraje se starají o vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb a navíc sami mohou zřizovat organizace poskytující sociální služby. Nestátní neziskové

organizace a fyzické osoby nabízejí široké spektrum služeb, sami mohou také poskytnout sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí, které zřizuje pět specializovaných ústavů sociální péče (www.mpsv.cz).

3. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba, která má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení, která poskytuje služby těm osobám, které mají sníženou soběstačnost. Snížená soběstačnost může být z důvodu chronického onemocnění, zdravotního postižení, včetně duševního onemocnění. Jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Mezi základní činnosti chráněného bydlení patří: poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a další.

Chráněné bydlení je služba, která umožňuje jedincům s postižením zůstat v běžném prostředí a využívat stejných služeb, jako běžní občané. Jejím cílem je umožnit lidem s mentálním postižením žít mimo ústavní zařízení. Umožňuje jim žít v běžném prostředí, běžném bytě nebo domě. Rozvíjí samostatnost klientů, jejich kognitivní a emoční stránky osobnosti a jiné.

Smysl služby chráněné bydlení pro člověka s mentálním postižením je, aby tento jedinec získal nové možnosti. Chráněné bydlení by mělo mít na jedince pozitivní vliv a naučit ho schopnosti myslet na svou budoucnost.

Chráněné bydlení je teprve na počátku. Když se začala kvalita péče o postižené lidi zlepšovat, začaly vznikat první projekty chráněného bydlení. To bylo po roce 1989.

3.1 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb nám ukazují kvalitu, jde o tzv. vodítko, které nám umožňuje standardy aplikovat přímo do sociální služby, zde konkrétně do služby chráněné bydlení. Standardy nám ukazují, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Jedná se o 15 standardů a to:

- 1) Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- 2) Ochrana práv osob
- 3) Jednání se zájemcem o sociální službu
- 4) Smlouva o poskytování sociální služby
- 5) Individuální plánování průběhu sociální služby
- 6) Dokumentace o poskytování sociální služby
- 7) Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- 8) Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- 9) Personální a organizační zajištění sociální služby
- 10) Profesionální rozvoj zaměstnanců
- 11) Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- 12) Informovanost o poskytované sociální službě
- 13) Prostředí a podmínky
- 14) Nouzové a havarijní situace
- 15) Zvyšování kvality sociální služby (www.mpsv.cz)

Těchto 15 standardů se dělí do tří okruhů a to:

- 1) Procedurální (1. - 8. standard) – nám ukazují, jak se mají poskytovat sociální služby
- 2) Personální (9. – 10. standard) – popisují, jaké mají pracovníci kvalifikace a kompetence
- 3) Provozní (11. – 15. standard) – nám určují podmínky, v jakých se má služba poskytovat

4. Ústav sociální péče Lobendava

4.1 Základní informace

Název: Ústav sociální péče Lobendava, příspěvková organizace

Adresa: Lobendava 105, 407 84 Lobendava

Statutární zástupce: Ing. Věra Bršlicová, ředitelka

Telefon: 412 338 345, 412 397 934

fax: 412 398 120

e-mail: info@usplobendava.cz

www.usplobendava.cz

Lobendava je nejsevernější město České republiky. Nachází se ve Šluknovském výběžku. Po roce 1965 byla budova, ve které se nyní ÚSP nachází, zrekonstruovaná a otevřena právě jako Ústav sociální péče.

Zde bych chtěla popsat dosavadní bydlení klientů v Ústavu sociální péče v Lobendavě. ÚSP se skládal z jedné velké hlavní budovy a menšího domečku. Hlavní budova se skládala ze tří pater. První se skládalo ze dvou oddělení. Oddělení číslo dvě a tři. Každé mělo svou společenskou místnost a toalety. Společná pro obě byla koupelna. V druhém patře bylo oddělení číslo jedna, které mělo také svou společenskou místnost. Ostatní pokoje v tomto patře sloužily jako ložnice klientů a čtyři místnosti sloužily jako kancelář ředitelky, sesterna, kancelář vrchní sestry a malá tělocvična. Vrchní patro bylo osídleno vedením zařízení. Musím nutně zmínit, že zmíněné společenské místnosti na odděleních byly pro celou skupinu. Tudíž se v jedné místnosti, kam se vešla pohovka, stůl a několik skříněk, těsnalo i dvanáct klientů. Ložnice, ve kterých klienti spali, byly minimálně po čtyřech, ale i po šesti postelích, přičemž ložnice nebyly nijak velké. Vždy tam byly buď čtyři, pět nebo šest postelí a k tomu stejný počet nočních stolků. V několika ložnicích byla navíc skříň nebo stolek. Na nic jiného tam opravdu nebylo místo. Domeček, který je jen pár metrů od hlavní budovy, obývala čtvrtá skupina. Zde byly dva dvoulůžkové pokoje a dva jednolůžkové pokoje. Je pravda, že zde byly mnohem lepší podmínky. V ložnicích byly nejen postele, ale i stolek, nějaká skříňka a ostatní věci, co klienti vlastnili. Měli zde společný obývací pokoj, kuchyňku, koupelnu a toaletu.

4.2 Historie

V roce 1903 byl Ústav sociální péče založen jako domov důchodců. Založil ho dvorní rada, univerzitní profesor dr. Antonín rytíř von Drasche, který pocházel z Lobendavy. Ve své závěti určil velkou částku peněz, aby byl rodinný dům čp. 105 v Lobendavě vystavěn a udržován jako domov pro staré obyvatele. Starý rodinný dům byl zbořen a na jeho místě byl postaven dům nynější, který byl dokončen v roce 1905. Od tohoto roku sloužil pro staré obyvatele v Lobendavě.

Z Lobendavy sem byli lidé přijímáni zdarma, z okolních vesnic - Horní Poustevny, z Visky a Severní po jednom obyvatele také zdarma, ostatní museli za pobyt platit. V roce 1945 byl domov zrušen a byla zde zřízena kasárna. Později byla budova používána jako rekreační středisko pražských pekáren.

V roce 1955 byl tento majetek převeden do majetku odboru sociálního zabezpečení rady ONV v Rumburku, který zde opět zřídil domov důchodců. Provoz domova důchodců byl zahájen v prosinci 1956.

V roce 1965 byl ukončen provoz domova důchodců a po následné rekonstrukci byl objekt otevřen jako Ústav sociální péče pro mládež. První obyvatel nastoupil 5. 1. 1967. Zřizovatelem je Ústecký kraj (www.usplobendava.cz).

4.3 Druh sociální služby

Ústav sociální péče Lobendava poskytuje dva druhy sociální služby. Jedná se o Domov pro osoby se zdravotním postižením Lobendava a Rumburk a Chráněné bydlení Šluknov a Rumburk

4.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)

Poslání

Posláním DOZP je poskytovat služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, které mají z tohoto důvodu sníženou soběstačnost. Jedná se o pravidelnou pomoc a podporu jiné osoby s ohledem na individuální potřeby a schopnosti těchto

osob. Posláním je vytvořit takové prostředí, aby se cítili jako rovnocenní členové společnosti a žili v kontaktu s ostatními lidmi. Cílovou skupinou osob pro DOZP jsou osoby od 19ti let s mentálním a kombinovaným postižením.

Cíle

- s ohledem na individuální potřeby posílit samostatnost a soběstačnost uživatelů
- aktivizace uživatelů k přiměřenému zapojení do běžné společnosti a kvalitnímu naplnění volného času
- rozvinutí sociálních kontaktů
- alespoň u 10 % uživatelů služby nalézt pracovní uplatnění, snažit se o dosažení rovnoprávného postavení klientů na trhu práce
- do roku 2015 snížení počtu lůžek na pokojích a snížení klientů na skupině, aby se vytvořilo co nejlepší prostředí pro uživatele, které bude připomínat prostředí domácnosti v běžné společnosti
- postupná příprava klientů na život mimo ÚSP, kteří mají možnost přejít do chráněného bydlení

4.3.2 Chráněné bydlení (CHB)

Posláním

Posláním CHB je poskytovat služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, které mají z tohoto důvodu sníženou soběstačnost. Zabezpečují nezbytnou míru podpory v závislosti na individuálních potřebách a přáních uživatelů. Snaží se u klientů snížit závislost na poskytované službě a umožnit zachování a rozvoj jejich schopností. Dále je posláním CHB zapojit klienty, dle jejich možností, do běžného života. CHB je v nově zrekonstruované budově v Rumburku a má formu skupinového bydlení. Cílovou skupinou CHB jsou osoby od 19ti let s mentálním a kombinovaným postižením.

Cíle

- s ohledem na individuální potřeby posílit samostatnost a soběstačnost uživatelů
- aktivizace uživatelů k přiměřenému zapojení do běžné společnosti a kvalitnímu naplnění volného času
- rozvíjení sociálních kontaktů
- podpora klientů v oblasti partnerských vztahů
- pomoc při nalézání pracovního uplatnění
- pomoc při vyřizování běžných záležitostí a při komunikaci při uplatňování práv a zájmů

Služba obsahuje tyto základní činnosti

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- 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.usplobendava.cz)

4.4 Transformace – Domov bez hranic Rumburk

Do 31. 12. 2014 se jednalo o Ústav sociální péče Lobendava.

Ústav sociální péče Lobendava, resp. Domov bez hranic Rumburk je zapojen projektem „Transformace Ústavu sociální péče Lobendava“ a „Transformace II. etapa“ do projektu MPSV „Transformace pobytových zařízení sociálních služeb“.

Proces transformace chápeme jako souhrn procesu změny financování a řízení, změnu místa a formy poskytovaných služeb, tak aby výsledkem byla péče, probíhající v běžných podmínkách jako u intaktní populace.

Umožnění lidem s postižením žít život v běžném prostředí, srovnatelný se životem jejich vrstevníků, aby mohli bydlet v přirozeném prostředí, vzdělávat se, pracovat apod., je cílem procesu transformace.

V rámci transformačního procesu, byly vyhledány vhodné objekty a pozemky, které odpovídají kritériím transformace.

Cílem Domova bez hranic je postupný přechod uživatelů do služby DOZP. Ta je poskytována v Rumburku a také bude poskytována po dokončení II. etapy transformace ve Šluknově a ve Velkém Šenově. A dále přechod do chráněného bydlení, které se nachází v Rumburku, ve Šluknově a po dokončení etapy i ve Velkém Šenově.

Transformace probíhá v souladu s dokumentem, který byl vládou ČR schválen v únoru 2007. Jedná se o: „Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.“

Transformační proces v ÚSP Lobendava, resp. Domova bez hranic Rumburk

Cílem tohoto procesu je poskytování sociálních služeb tak, aby uživatel mohl žít běžným způsobem života, nebo aby se k tomuto způsobu života co nejvíce přiblížil.

1. etapa (2011-2014)

K 16. 6. 2014 byla zaregistrována služba Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), Chráněné bydlení (CHB) a Sociálně terapeutická dílna (STD). V současnosti využívá službu DOZP 10 klientů ve dvou skupinových domácnostech. 11 klientů využívá službu CHB také ve dvou skupinových domácnostech. Sociálně terapeutické dílny využívají jak klienti DOZP, CHB, ale může ji využívat i široká veřejnost.

STD – sociálně terapeutická dílna – jedná se o ambulantní službu, která je k dispozici klientům ve volném čase. V Rumburku jsou to tři druhy dílen:

- Keramická dílna – zde se vyrábějí jednoduché dekorativní výrobky z keramiky, dále se zde modeluje, vykrajuje a ručně tvaruje. Samozřejmě se zde provádí glazování a vypalování hotových výrobků.

- Hobby dílna – v této dílně dochází k nácviku jemné motoriky s různými materiály (papír, textil, přírodniny, dřevo)
- Řemeslo dílna – v této dílně se jedná především o práci se dřevem, náradím a nástroji při obrábění dřeva (řadíme sem broušení, řezání, lakování, barvení apod.)

Cílová skupina klientů jsou osoby od 19 let s mentálním a kombinovaným postižením.

V budově v Lobendavě zůstává prozatím 15 klientů, kteří se přestěhují po ukončení projektu Transformace II. etapa do nově postavených domů ve Šluknově a ve Velkém Šenově.

2. etapa (2012 – 2015)

Transformační proces bude pokračovat do roku 2015. Domov bez hranic se v rámci projektu rozroste o dvě nové stavby a pronájem bytů.

Ve Šluknově se budou pronajímat 4 byty. V těchto bytech bude bydlet dohromady 9 klientů. Jedná se o skupinové domácnosti se službou chráněné bydlení.

První novostavba vzniká v současné době ve Velkém Šenově. V této novostavbě bude pro 6 uživatelů (DOZP) domácnost s vysokou mírou podpory a 2 skupinové domácnosti, ve které budou vždy 3 uživatelé (CHB). Součástí novostavby bude i sociálně terapeutická dílna, kterou mohou využívat klienti, ale i lidé z blízkého okolí.

Druhá novostavba vzniká ve Šluknově. V této novostavbě bude chráněné bydlení ve třech skupinových domácnostech po čtyřech klientech.

Praktická část

Praktická část je zaměřena na konkrétní jedince, kteří přešli z ústavní péče do chráněného bydlení. V této části je využito kazuistik klientů, zúčastněného pozorování, neformálního a nestrukturovaného rozhovoru a dotazníků.

Cílem práce je ukázat na význam a možnosti chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Porovnat kvalitu bydlení před a po transformaci z pohledu klientů pomocí dotazníků a kazuistik. Metodu volného rozhovoru využiji hlavně u zaměstnanců. Pomocí těchto metod zpracuji výsledky a vyvodím závěr.

5. Transformace – její vysvětlení

Vysvětlení pojmu transformace a co obnáší, bylo klientům vysvětlováno individuálně. Těm, co přešli do ústavní péče z domova, bylo vysvětleno, že jde v podstatě o něco podobného. Bylo jim řečeno, že se budou stěhovat z těchto přeplněných prostor do svého nového bydlení. Samozřejmě, že to nebude úplně stejné, protože např. kuchyň nebo koupelna bude pro několik klientů společná, ale pokoj budou mít svůj, budou se sami rozhodovat, kam si postaví postel, pověsí obrázek apod. Těm, co nezažili rodinný život nebo si to už nepamatují, bylo chráněné bydlení přirovnáno k bydlení pracovníků. Příklad: Klíčová pracovnice některého z klientů bydlí s rodinou v bytě. Tam se dělí o kuchyň, koupelnu a toaletu, ale každý má svůj pokoj nebo ložnici. Pokud to nedokázali pochopit, přistoupilo se ke grafické ukázce. Velice šikovný zaměstnanec chráněné dílny vytvořil ze dřeva domeček s několika místnostmi, vybavený nábytkem apod. Klienti si postupně mohli vybrat, kde chtějí mít ložnici. Poté si mohli podle sebe rozestavět nábytek a jiné vybavení jako např. televize, obrázek či lampička. To klienty zaujalo nejvíce. Velice je bavilo a dělalo jim radost, že si sami mohou rozhodnout, kam si co dají, postaví, pověsí apod. Postupně si dokázali představovat, co je čeká a neustále jeden klient vyprávěl druhému, jak se těší, až si v novém bydlení na zeď pověsí fotografie nebo že konečně bude mít pořádek, protože nebude na pokoji s klientem, který je nepořádný atd.

6. Význam chráněného bydlení

Jaký má význam chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením? To je otázka, kterou jsem si stanovila před samotným vypracováním bakalářské práce. Cílem práce je zjistit, co přináší transformace klientům s mentální retardací, kteří díky ní přešli z ústavní péče, konkrétně z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení.

V praktické oblasti se věnuji třem dílčím otázkám, které jsem si stanovila.

Dílčí otázka č. 1 (DO1): V čem je přínosem pro klienty chráněné bydlení?

Dílčí otázka č. 2 (DO2): Splnilo se očekávání klientů z nového bydlení, a jak na nové bydlení nahlíží?

Dílčí otázka č. 3 (DO3): Jak hodnotí změnu chování u klientů klíčoví pracovníci?

7. Použité metody

7.1 Neformální a nestrukturovaný rozhovor

„Volný rozhovor (též neformální, nestrukturovaný) prezentuje relativně nejvyšší stupeň volnosti při dotazování. Otázky nejsou předem dány, vznikají během přirozené komunikace s informantem, takže někdy ani nemusí vědět, že je objektem výzkumného zájmu“ (Reichel, 2009, str. 110).

Volný rozhovor jsem se rozhodla použít z důvodu pobytu v domácím prostředí klientů a z důvodu dobrého navázání kontaktu se všemi jedinci i zaměstnanci. Byl pro mě nejpřijatelnější a nejvhodnější.

7.2 Zúčastněné pozorování

Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako sledování probíhajících aktivit, které je dlouhodobé a reflexivní. Probíhá přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Tuto metodu jsem si vybrala proto, že ji беру jako nezbytnou k tomuto výzkumu. Díky pozorování jsem měla možnost pozorovat chování klientů, prostředí, ve kterém se vyskytují a zaměstnance, kteří zde pracují.

7.3 Kazuistika

„Kazuistika je popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby či odstranění povahové vlastnosti apod. Stejně jako jedince se může týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. Často se sestavuje prostřednictvím rekonstrukce životopisu sledované osob“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 253).

Do kazuistik jsem zpracovala rok narození, rodinnou, osobní a sociální anamnézu. Popisují zde první projevy mentální retardace, způsob, jakým se jednotliví jedinci dostali do Ústavu sociální péče v Lobendavě a stručně popisují, dosavadní život v ÚSP a jejich názor na transformaci. Jména klientů jsou smyšlená.

7.4 Dotazníky

„Tento způsob sběru dat je, stejně jako rozhovor, technikou v sociálních výzkumech velice rozšířenou a v některých vědních oborech přímo tradiční. Jedná se o písemný způsob dotazování“ (Reichel, 2009, str. 118).

Tento způsob dotazování jsem si vybrala proto, abych měla jednoznačné odpovědi na jednoznačné otázky a pomohly mi ve vyhodnocení výzkumu. A také proto, abych měla názory všech klientů, kteří přešli do chráněného bydlení. Dotazníky jsem vyplňovala s klienty a klientkami vždy o samotě. Pokud někdo nerozuměl otázce, vysvětlila jsem

mu(jí) to a pokud někdo neuměl číst nebo psát, přečetla jsem mu(jí) otázku já a popř. za něj(ní) zaškrtnla odpověď, kterou si vybral(a).

8. Výzkumný vzorek a sběr dat

Cílovou skupinou mého šetření jsou všichni klienti, kteří přešli z ústavní péče do chráněného bydlení.

Sběr dat proběhl během druhého týdne v měsíci březnu v roce 2015. Navštívila jsem jednotlivě klienty v chráněném bydlení ve Šluknově a v Rumburku. Vždy jsem se snažila, abych s každým z nich byla o samotě, aby se navzájem neovlivnili v odpovědích. Poté jsem vedla i několik rozhovorů s klíčovými pracovníky, několika vybraných klientů. Chtěla jsem znát jejich názor na tuto změnu a porovnat to s pohledem klientů. Dotazníky jsem vyplňovala s klienty o samotě, individuálně, s ohledem na jejich volný čas. Rozhovory s klienty a i s klíčovými pracovníky jsem také absolvovala individuálně s ohledem na jejich volný čas.

Samozřejmě jsem jak klienty, tak i zaměstnance seznámila s tím, že všechny informace, co mi sdělí, použiji výhradně pro bakalářskou práci a nebudou nijak zneužity. V této práci neužívám pravá jména klientů, ani jiné identifikační údaje z důvodu ochrany osob.

9. Kazuistiky klientů

9.1 Pan František

Jméno: František

Rok narození: 1951

Rodinná anamnéza

Pan František pochází ze tří dětí. Měl staršího bratra (1947 – 2008) a má mladší sestru (*1957). Jeho matka a otec žili spokojeným manželstvím, ve kterém se jim narodily tři děti, kromě pana Františka byli oba sourozenci zdraví. Jak se postupně Františkův stav začal zhoršovat, v manželství se začaly objevovat neshody mezi rodiči, které se

postupně zhoršovaly. Nakonec se rodiče rozvedli a pan František zůstal v péči matky. Otec se pak odstěhoval neznámo kam. Matka se o něj starala, ale s přibývajícím věkem se začal stav matky zhoršovat a už se nedokázala o pana Františka sama postarat, a tudíž skončil v roce 1973 v ústavu.

Osobní anamnéza

Pan František se narodil jako plánované dítě. Těhotenství matky probíhalo v pořádku, ale porod proběhl předčasně již ve 29. týdnu. Pro nízkou porodní hmotnost a nedovyvinuté plíce byl delší dobu umístěn v inkubátoru. Jako zdravý novorozenec byl posléze propuštěn domů. Jako kojeneček a batole se vyvíjel v normě. V předškolním věku byl velice hyperaktivní, těžko reagoval na změny, špatně spal a byl velice konfliktní. Na základě toho mu byla po vyšetření diagnostikována ADHD. Ve školním věku se projevila velice špatná schopnost soustředění a ovládnutí emocí. To se projevilo i na školním prospěchu. V první třídě neprospěl a musel ji opakovat znovu. Znovu mu to ale v té první třídě nešlo, tak ho rodiče dali do první třídy základní školy zvláštní. Základní školu zvláštní vystudoval téměř bez problému. Jeho projevy se ale postupně zhoršovaly, až mu byla nakonec v jeho 15ti letech diagnostikována středně těžká mentální retardace. Rodiče se o něj později nedokázali postarat, a tudíž pan František skončil ve svých dvaadvaceti letech v ústavu.

V ústavu byl ze začátku hodně uzavřený, nemohl se smířit s tím, že se ho matka vzdala. Jezdila za ním jednou, někdy i dvakrát do měsíce a vždy mu vysvětlovala, proč to musela udělat, že se o něj už nedokázala postarat. Postupně to přijal a začal se trochu otevírat vůči svému okolí. Začleňoval se do skupin a dokázal navazovat nové vztahy. Začal ukazovat, co všechno umí, co se všechno doma naučil. Umí např. prát prádlo, uvařit nějaká jednoduchá jídla, postará se dobře o úklid apod. Ukázal, jak je velice samostatný. Brzy projevila zájem i o práci. Bydlel na pokoji se třemi klienty, se kterými nijak zvlášť nevycházela, i když byl nekonfliktní, ale nějak si všichni čtyři nerozuměli. Pro velké neshody, byl přestěhován do jiného pokoje s dalšími třemi klienty. Tam se už cítil lépe. Takhle bydlel až do doby, než přišla transformace, jen složení klientů se měnilo. S blížící se transformací nebyl pan František nijak zvlášť nadšený. Byl zvyklý na určité prostředí a daný režim a do nového prostředí se mu nijak zvlášť nechtělo. Ani si podle získaných informací neuměl představit, co ho čeká, jak bude žít.

Od roku 2012 byl na zkoušku přestěhován do chráněného bydlení ve Šluknově. I když z toho nebyl nijak nadšený, řekl, že to tedy zkusí. V chráněném bydlení bydlel ještě s dalšími třemi klienty, ale pokoj měl svůj. Měl tam svou postel, skříň, stolek se židlí, dokoupil si vlastní televizi, vyvěsil nějaké obrázky a nástěnku. Kupodivu se velice dobře přizpůsobil a po měsíci, když se ho jeho klíčový pracovník zeptal, zda by se chtěl vrátit, bez váhání odpověděl, že ne. Sám na sebe prozradil, že je šťastný za takové maličkosti jako např. že si sám může dojít nakoupit, sám si může rozhodnout, jaký si koupí tavený sýr nebo druh salámu. Sám si může uvařit apod. Teď už je tam třetím rokem a je spokojený. Dokonce si našel práci a vypomáhá pro město s úklidem cest, vyhrabáváním trávníků apod.

Sociální anamnéza

Pan František je v současné době spíše samotář, straní se okolí a má potíže navázat a udržet s okolím přátelský vztah, i když z pohledu jeho klíčového pracovníka se už kolikrát i sám zapojil do nějaké činnosti a začleňuje se i sem tam do kolektivu. V mnoha situacích si vystačí sám, je nekonfliktní. Pokud nastane nová situace, těžko se přizpůsobuje, ale po čase se to vždy zlepší. Jeho největší záliba je sbírání různých hrnečků, má jich už přes tři stovky. Velice rád čte a sleduje televizi. Pokud je v dobré náladě, rád pomáhá uklízet, hrabat listí, zametat apod.

Nácvik na chráněné bydlení probíhal u pana Františka hlavně ve formě orientace ve městě a praní a žehlení prádla. Ostatní dovednosti zvládal poměrně dobře. Orientaci ve městě cvičil hlavně se svým klíčovým pracovníkem. Procházel se po městě a klíčový pracovník ho učil, kde se co nachází. Kde se nachází policie, pošta, lékař apod. Nácviku praní a žehlení prádla se naučil velice brzy. Klíčový pracovník mu ukázal, jak má roztřídit prádlo, používat pračku a žehličku a po několika pokusech se to naučil a začal ovládat sám.

9.2 Paní Zdena

Jméno: Zdena

Rok narození: 1975

Rodinná anamnéza

Paní Zdena je jedináček, alespoň je takto vedena. O její matce ani otci nejsou dochované žádné informace a tudíž ani není známo, zda její matka měla ještě nějaké jiné dítě.

Osobní anamnéza

Paní Zdena neměla to štěstí, protože se narodila jako neplánované dítě. Těhotenství matky proběhlo bez větších komplikací, ale tím, že to bylo nechtěné dítě, matka v těhotenství konzumovala větší množství alkoholu, protože se ho chtěla zbavit. Jelikož matka byla svobodná a dítě nechtěla a otec dítěte ji již v brzké fázi těhotenství opustil, miminko skončilo v kojeneckém ústavu. Už v batolecím věku byl patrný špatný vývoj motoriky a řeči. Špatně vyslovovala slova, téměř nesložila větu, muselo jí být pomáháno s krmením apod. Když jí byly čtyři roky (1979), byla jí diagnostikována lehká mentální retardace. Studovala základní školu zvláštní a poté se vyučila i pekařkou na dvouletém oboru. Od tří do 18ti let bydlela v dětském domově a poté se v roce 1994 dostala do ÚSP v Lobendavě.

Tam se ihned začlenila. Starala se jak o sebe, tak pomáhala velice ráda ostatním, velice jednoduše navazovala vztahy s ostatními klienty ale i se zaměstnanci. Sama se uměla postarat o prádlo, úklid a ostatním vypomáhala s tím stejným. Dokonce pracovnícím vypomáhala s péčí o klienty s těžším stupněm postižení, byla velice samostatná. V pokoji bydlela vždy se dvěma klientkami, takže byla nadšená z blízkosti se transformace. Věděla, že bude moci bydlet v pokoji s klientkou, se kterou má velmi dobrý vztah a z toho měla radost. Sama si dokázala trochu představit, jak to bude v novém bydlení probíhat, ale když uviděla svůj nový domov, byla nadšená.

Do chráněného bydlení ve Šluknově nastoupila v roce 2012. S klientkou, se kterou má velice dobrý vztah, se sestěhovaly dohromady. Obě se velice těšily, takže si už plánovaly předem, jak si postaví nábytek, kde bude ta a ta postel, kam si dá každá své věci, jakou si koupí záclonu apod. Nejvíce si cení, že se sama může rozhodovat. Velice nadšená byla opravdu z toho, že zašla do obchodu a sama si mohla vybrat záclonu, kterou si pověsí do bytu. Nebo je také nadšená z toho, že si sama může naplánovat den, že má větší volnost. Paní Zdena si dokonce našla práci jako pekařka, takže až na nějaké

drobnosti, jako např. potřeba pomoci při financích nebo rada ohledně úřadů, žije paní Zdena plnohodnotný život.

Sociální anamnéza

Paní Zdena je velice společenská, vychází dobře téměř s každým, jak s ostatními klienty, tak se zaměstnanci. Ráda si povídá, chodí na procházky, miluje zvířátka a pečení. Peče téměř každý den koláče, šátečky, bábovky, prostě sladké i slané pečivo, které poté nabízí zaměstnancům i klientům. Není to samotářský typ. Velice dobře se přizpůsobuje, v nových situacích si většinou ví rady. Nedělá jí problém se na něco zeptat a velice ráda se učí novým věcem. Je nekonfliktní.

Nácvik na chráněné bydlení spočíval u paní Zdeny hlavně v nácviku orientace po městě. V ostatních rovinách byla téměř samostatná. Kde se nachází odchod, kino apod. paní Zdena věděla, hlavně jí její klíčová pracovnice vysvětlovala, jak jednat na úřadě, na poště, u lékaře apod. a přitom ji ukazovala, kde se co nachází.

9.3 Paní Věra

Jméno: Věra

Rok narození: 1981

Rodinná anamnéza

Paní Věra pochází ze tří dětí. Má dva starší bratry – dvojčata (*1976), oba dva jsou zdraví. Poté, co se rodiče dozvěděli, že má lehkou mentální retardaci a odložili ji do dětského domova, se paní Věra uzavřela do sebe. Nechácala, proč se jí rodiče vzdali a starší bratry si nechali. Sice za ní několikrát za rok přijeli, ale postupně se tato frekvence začala snižovat, až za ní přestali jezdit úplně. Poté, co její bratři dosáhli plnoletosti, začali paní Věru navštěvovat oni. Jezdili za ní poměrně často jak do dětského domova, tak i do Ústavu v Lobendavě.

Osobní anamnéza

Paní Věra se narodila jako chtěné plánované dítě. Těhotenství matky bylo bez komplikací a porod proběhl v termínu. Jako kojeneček a batole nejevila žádné znaky, byla zdravá, vývoj motoriky a řeči v normě. V předškolním věku byla aktivní, opět bez

jakýchkoli známek. V mladším školním věku se už začaly projevovat problémy v učení, špatná soustředivost, malá schopnost učit se novým věcem. Činnosti, které se učila, jí šly pomaleji. Na základě doporučení pediatra jí bylo doporučeno vyšetření, které odhalilo v roce 1989 lehkou mentální retardaci. Bohužel se rodiče nedokázali smířit s tím, že mají postižené dítě a paní Věru odložili. Nejdříve bydlela v dětském domově a po dosažení 19ti let tedy v roce 2000 přešla do Ústavu sociální péče v Lobendavě.

Díky bratrům, kteří jí často navštěvovali, se poměrně rychle smířila s tím, že jí rodiče opustili. Našla si mnoho nových kamarádů a kamarádek, tudíž jí začlenění mezi ostatní ani navazování nových vztahů nedělalo žádný problém, účastnila se různých plesů apod. V dětském domově se velice dobře naučila, jak se má o sebe postarat. Ať už šlo o vaření, úklid či praní a žehlení prádla, v tom všem je paní Věra velice samostatná. Nejvíce času trávila a do teď tráví v dílně, kde vytváří mnoho různých výrobků. Velice dobře se vždy starala o svůj pokoj, kde bydlela ještě s jednou klientkou, se kterou velice dobře vycházela a obě si přály bydlet spolu i po transformaci.

V roce 2014 přešla i se svou spolubydlící do chráněného bydlení v Rumburku. Měla ohromnou radost z nového pokoje. Byla nadšená i z nové budovy a z prostředí. Se svou spolubydlící si pokoj upravily podle svého. Paní Věra hned začala navštěvovat sociálně terapeutické dílny, ve kterých trávila poměrně dost svého času, protože ruční práce jsou její vášní. Ve městě si našla nové kamarádky, se kterými navštěvuje kino, cukrárnu apod. Sama řekla, že teď už se má konečně dobře. Může si vybrat a uvařit jídlo, na které má chuť. A nejvíce oceňuje místní švadlenku ve městě, kam si může kdykoli zajít a vybrat si materiál na vyrábění – korálky, bavlnky, drátky a jiné.

Sociální anamnéza

Srdečnost, vstřícnost, ochota pomoci a mnoho dalších pěkných vlastností vystihuje paní Věru. Je to nesobecká, nekonfliktní osoba, která si ráda povídá, schází se s kamarádkami a kamarády a se svými bratry. Ráda se věnuje ručním pracím. Umí šít, vyšívát, háčkovat, plést, vyrábět různé náramky, kytičky a stromečky z korálků, věnuje se keramice apod.

Nácvik na chráněné bydlení probíhal u paní Věry v oblasti nácviku orientace po městě a v nácviku cestování, protože v péči o sebe a o domácnost zvládala dobře sama. Nácvik

orientace po městě probíhal u paní Věry stejně jako u předchozích dvou klientů. Návčik cestování spočívá v jízdě autobusem a vlakem. Klíčová pracovnice učila paní Věru vyhledat si v jízdním řádu spoje. Kdy kam a co jede. Poté nákup jízdenky a samozřejmě poznat zastávku, kde vystoupit.

9.4 Pan Tomáš

Jméno: Tomáš

Rok narození: 1989

Rodinná anamnéza

Pan Tomáš pochází ze tří sourozenců, má mladšího bratra (*1993) a starší sestru (*1987), oba dva jsou zdraví. Matka i otec žijí spolu. Matka pracuje jako prodavačka, otec pracuje jako zedník. Všichni bydlí dohromady v panelákovém domě, kromě pana Tomáše. Vztah mezi nimi je dobrý, rodina ho jezdí navštěvovat. Do Ústavu sociální péče ho dali proto, že se báli, že nezvládnou jeho výchovu.

Osobní anamnéza

Pan Tomáš byl chtěné, plánované dítě. Těhotenství bylo bezproblémové. Porod proběhl ve 35. týdnu, ale bez větších komplikací. Jako kojeneček byl klidný, ale byl tu zřetelný opožděný psychomotorický vývoj. Začal sedět v 9ti měsících, chodit začal v roce a půl a mluvit až když mu byly dva roky a devět měsíců. Matka potvrdila, že neprodělal žádný úraz, infekci, záchvat apod. V roce 1992 mu byla diagnostikována lehká mentální retardace. Pan Tomáš byl proto vřazen do Mateřské školy speciální. Byl kamarádský, neměl problém v kolektivu navázat vztah. Sám se ale neuměl pořádně obléknout ani svléknout. Musel být krmen, neuměl sám jíst lžičkou. Během doby, kdy navštěvoval mateřskou školu, se za pomoci rodičů a učitelek z mateřské školy naučil jíst sám lžící a samostatně se naučil i oblékat a svlékat. Nenačil se zavázat si tkaničky u bot a neuměl také používat zipy a knoflíky. To se naučil až v mladším školním věku. Navštěvoval Základní školu speciální, kde se učil počtům, číst a psát. Učení mu šlo dobře, ale byl dost lenivý. Někdy musel být víckrát k něčemu vyzván, aby vůbec začal, ale když už začal, většinu měl správně. Základní školu speciální vystudoval téměř bez problémů, po ní se dokonce vyučil truhlářině. V 21 letech ho rodiče umístili do Ústavu sociální péče.

Přechod do Ústavu pan Tomáš nesl velice špatně. Přestal komunikovat a začaly se u něho projevovat prvky agrese. Nebyl agresivní vůči klientům nebo zaměstnancům, ale nebál se rozbít židli, dát pěstí do skříně apod. Samozřejmě hodně věcí zničil. Od psychiatra dostal nějaké léky na uklidnění. Díky nim se agrese zmírňovala a lékař mohl postupně snižovat dávku. Cca po půl roce mu léky byly úplně vysazeny. Pan Tomáš se zklidnil, ale mluvit nezačal. Byl ale ve všem dost samostatný. Všechno si dělal sám, nepotřeboval nijak zvlášť pomáhat. A hlavně si ani neřekl, protože s nikým nemluvil. Bydlel na pokoji s dalšími čtyřmi klienty. Klíčový pracovník doufal, že začne mluvit, když bude ve společnosti jiných, kteří si spolu povídají. Pan Tomáš se rozmluvil až cca po půl roce. Začal si povídat s klienty, poté i se zaměstnanci. Postupně se zapojil do různých akcí a hojně tvořil různé výrobky ze dřeva. Z prvního pohledu nebyl pan Tomáš společenský, nenavazoval žádné vztahy, nechtěl se včleňovat mezi ostatní, ale když se po tom půl roce rozmluvil, stal se pravý opak. Začal navazovat nové vztahy, účastnil se různých akcí, tudíž se i začal postupně začleňovat mezi klienty. Na otázku ohledně transformace se nevyjadřoval.

V roce 2014 se pan Tomáš přestěhoval do chráněného bydlení v Rumburku. Bohužel na tuto změnu reagoval úplně stejně, jako na přechod do Ústavu. Nedokázal se přizpůsobit, nekomunikoval a uzavřel se do sebe. Po týdnu byl přestěhován zpátky do DOZP v Lobendavě.

Sociální anamnéza

Pan Tomáš je velice chytrý, ale dost lenivý člověk. Je společenský, hodný, ale někdy dokáže mít i záchvaty vzteku a agrese. Velice hojně se věnuje truhlářině. Ze dřeva vyrábí rád stoličky, poličky, židličky, umí i kolébky apod. Tomuto koníčku věnuje velké množství času. Rád i čte, velice rád se dívá na televizi, hraje hry na počítači a chodí často na procházky.

Nácvik na chráněné bydlení u pana Tomáše probíhal hlavně v péči o domácnost. Konkrétně praní a žehlení prádla, nákup potravin a vaření. Jednou týdně mu vždy klíčová pracovnice ukázala, jak roztřídit prádlo a jak obsluhovat pračku a žehličku. To se naučil poměrně brzy. Příprava na vaření, sepsání si seznamu potravin, které budou potřeba, a nákup potravin se naučil pan Tomáš také rychle, ale vaření mu nijak zvlášť nešlo. Postupně se naučil alespoň základy a jednoduchá jídla.

Jinak probíhal **nácvik na chráněné bydlení** u všech klientů v podstatě stejně. Samozřejmě u každého klienta se cvičilo hlavně to, co mu zrovna nešlo, takže se to bralo individuálně. V rámci transformace se zavedly nácviky na péči o vlastní osobu, mezi které řadíme hygienu, oblékání a svlékání, rovnání oblečení apod. Dále péči o domácnost, kam řadíme praní a žehlení prádla, úklid, vaření a v souvislosti k tomu nákup potravin. Takže nácvik cestování (jízda dopravními prostředky), nácvik nakupování a orientace ve městě. Do orientace ve městě řadíme znalost, kde se nachází zdravotní středisko (resp. ordinace lékaře), městský úřad, policie a další.

Krizové situace byly uživatelům vysvětlovány pomocí besed, které se konaly jednou měsíčně, necelý rok před tím, než transformace začala. Klienti se zde mohli dozvědět, jak se mají chovat v různých situacích, např. když je někdo cizí osloví na veřejnosti, pokud jim někdo cizí bude chtít něco dát nebo je někam zavést, jak se zachovat, pokud budou někým napadeni nebo okradeni apod. Samozřejmě se v rámci toho učili znát a zapamatovat si čísla policie, hasičů a záchranné služby.

10. Výsledky dotazníku

Dotazníku se zúčastnilo 24 klientů, kteří přešli v rámci transformace z ÚSP do chráněného bydlení.

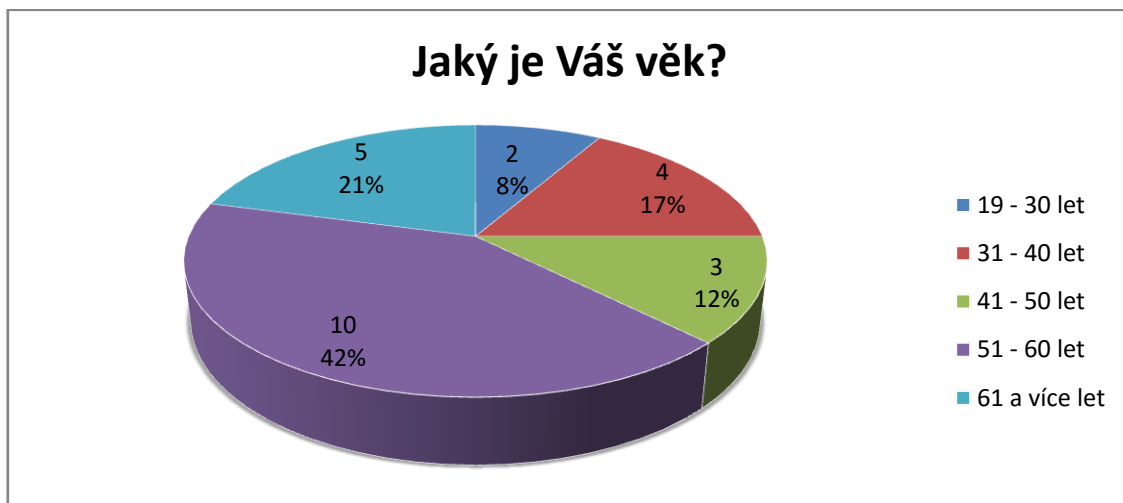
Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

Tohoto výzkumu se zúčastnilo deset žen a čtrnáct mužů.



Otázka č. 2 - Jaký je Váš věk?

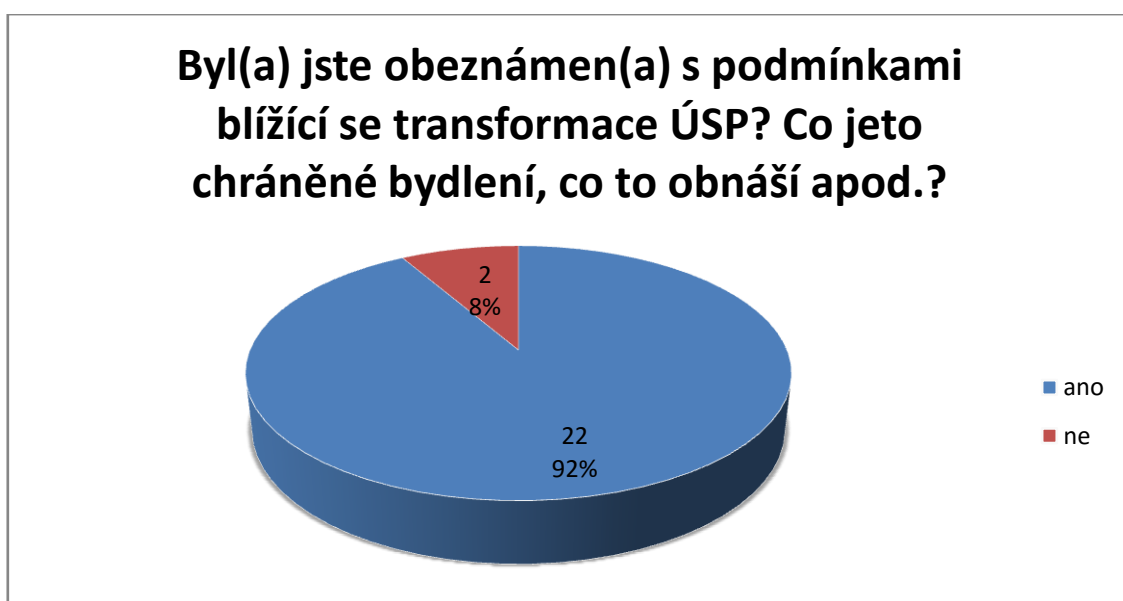
V rozmezí 19-30 let se nachází dva klienti. Mezi 31-40 lety se vyskytují čtyři klienti. Mezi 41-50 lety se nachází tři klienti. Nejvíce klientů se pohybuje ve věku 51-60 let a to rovných deset klientů. Pět klientům je 61 a více let.



Otázka č. 3 - Byl(a) jste obeznámen(a) s podmínkami blížící se transformace ÚSP?

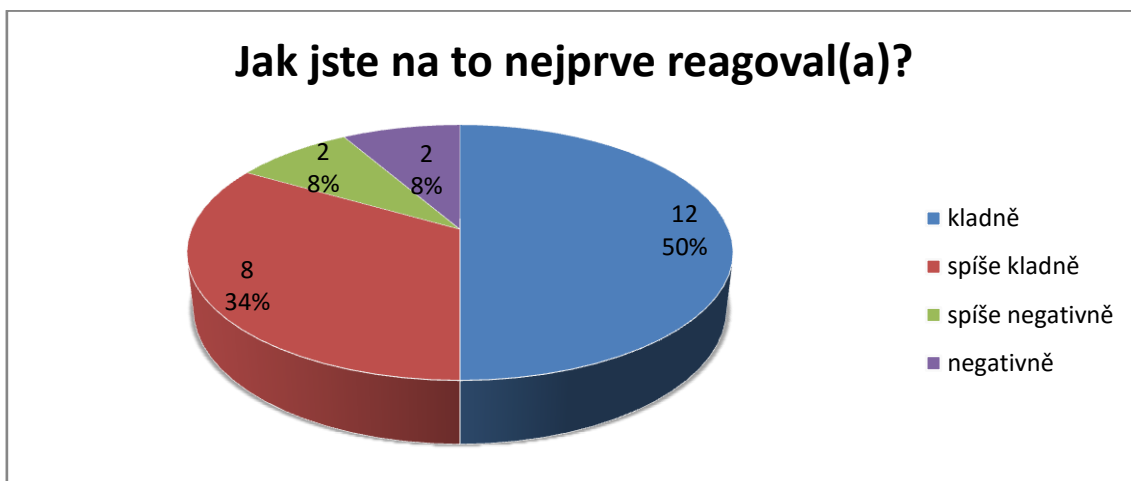
Co jeto chráněné bydlení, co to obnáší apod.?

Dvaadvacet klientů zodpovědělo, že ano. Zbývá dva klienti, zodpověděli, že ne. Podle rozhovoru, který jsem s oběma vedla, bych to spíše hodnotila tak, že si to přesně nepamatují, že si jenom matně vzpomínají, že jim asi někdo něco říkal.



Otázka č. 4 - Jak jste na to nejprve reagoval(a)?

Největší procento klientů reagovalo kladně, jedná se o dvanáct odpovědí. Osm klientů reagovalo spíše kladně. Spíše negativně a negativně reagovali vždy dva klienti.



Otázka č. 5 - Pokud jste v něčem měl(a) nejasnosti, byli Vám ochotni zaměstnanci podat více informací?

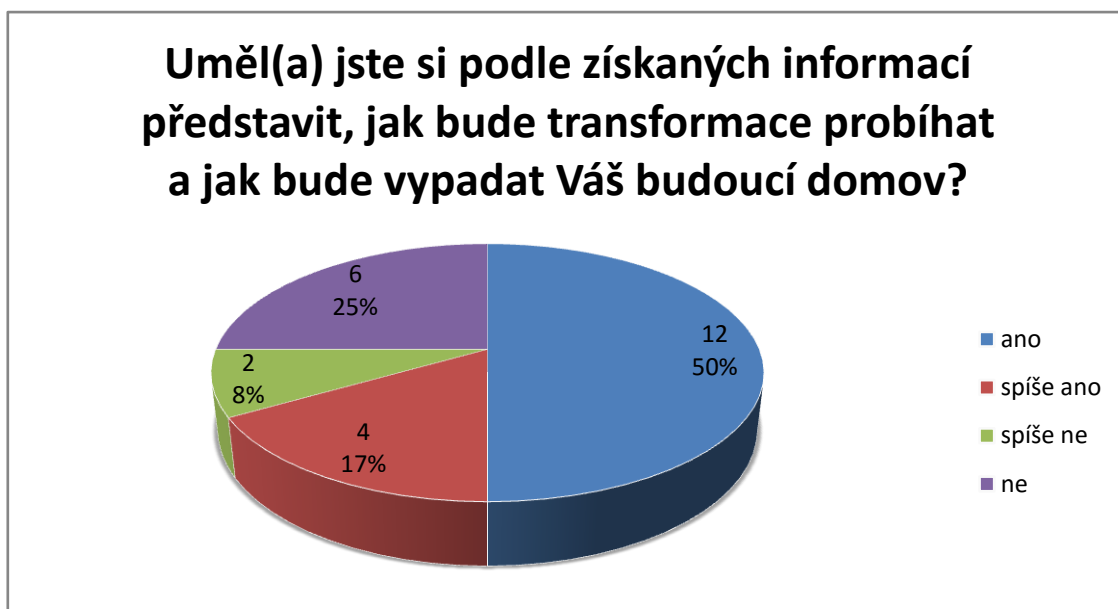
U této otázky není celkem co řešit. Třicet klientů odpovědělo, že ano, pouze jeden uvedl, že ne, že mu nikdo nebyl schopný podat informace.



Otázka č. 6 - Uměl(a) jste si podle získaných informací představit, jak bude transformace probíhat a jak bude vypadat Váš budoucí domov?

U této otázky se už vyskytovaly různorodější odpovědi. Variantu ano zaškrtno dvanáct klientů, spíše ano zaškrtnli čtyři klienti. Na odpověď spíše ne odpověděli dva klienti a variantu ne si vybralo šest klientů.

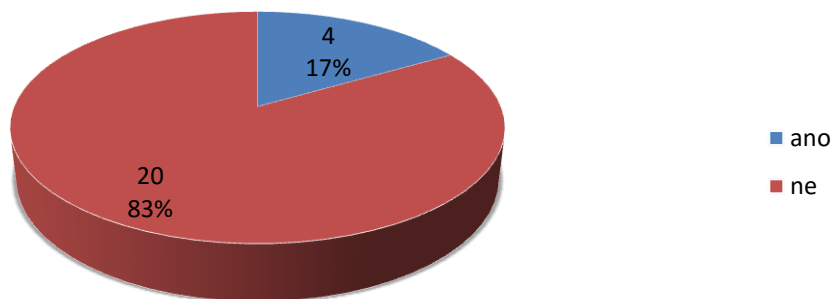
Je jasné, že klienti nemohou mít nijak zvlášť rozšířenou fantazii, pokud žijí téměř celý svůj život na jednom místě. Podle plánu, který jim byl k dispozici, si maximálně dokázali představit, zda budou na pokoji sami nebo s někým. Určitou představu získali, až když měli možnost navštívit zrekonstruovanou budovu, kde byli provedeni a byly jim ukázány pokoje, kde budou bydlet.



Otázka č. 7 - Měl(a) jste možnost se rozhodnout, zda se chcete přestěhovat nebo ne?

Kladnou odpověď zaškrtnli pouze čtyři klienti. Při rozhovorech jsem ale zjistila, že jim byla dána možnost vrátit se zpátky, pokud to nebude fungovat.

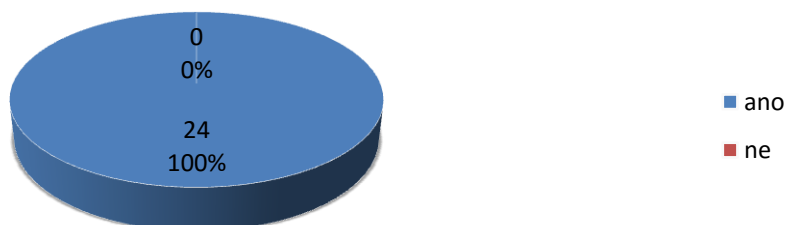
Měl(a) jste možnost se rozhodnout, zda se chcete přestěhovat nebo ne?



Otázka č. 8 - Ještě než jste se nastěhoval(a) do nového domova, měl(a) jste možnost si ho prohlédnout předtím?

Zde všichni klienti odpověděli kladně.

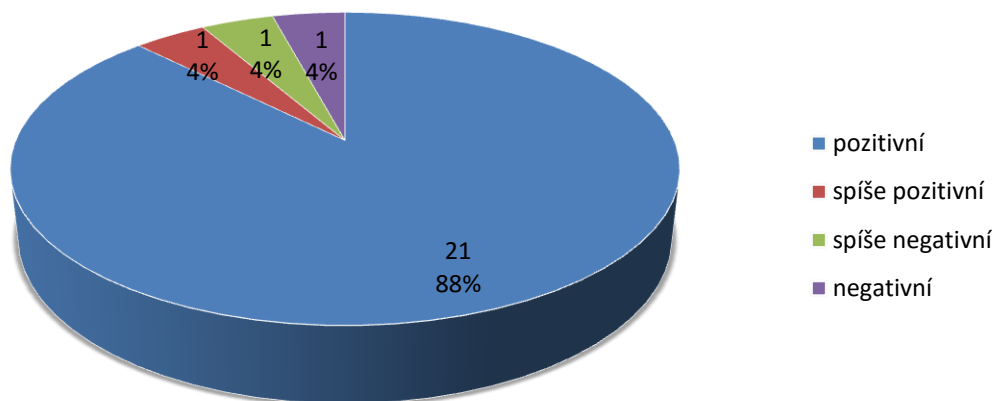
Ještě než jste se nastěhoval(a) do nového domova, měl(a) jste možnost si ho prohlédnout předtím?



Otázka č. 9 - Jaké byly Vaše první dojmy po nastěhování do nového bydlení?

U této otázky zaškrtno odpověď pozitivní jedenadvacet klientů. Spíše pozitivní, spíše negativní a negativní odpověď zaškrtnl vždy jeden klient.

Jaké byly Vaše první dojmy po nastěhování do nového bydlení?

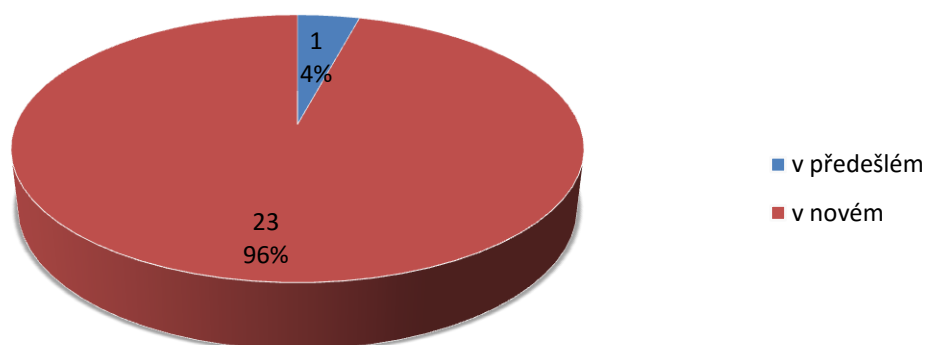


Otázka č. 10 - Líbilo se Vám více v předešlém domově nebo v tomto novém?

Zde odpovědělo třiatdvacet klientů, že se jim více líbí v novém, pouze jeden klient odpověděl, že v předešlém.

Při rozhovoru s klientem, který zaškrtl odpověď v předešlém, jsem zjistila, že si tuto možnost vybral proto, že už téměř celý život žije v Lobendavě, je tam zvyklý a nemá potřebu něco měnit.

Líbilo se Vám více v předešlém domově nebo v tomto novém?



Otázka č. 11 - Kdybyste měl(a) možnost, vrátil(a) byste se zpátky?

Zde zaškrtno odpověď ne dvaadvacet klientů, pouze dva by se chtěli vrátit zpět.



Otázka č. 12 - Myslíte si, že se podle Vás změnil způsob bydlení k lepšímu?

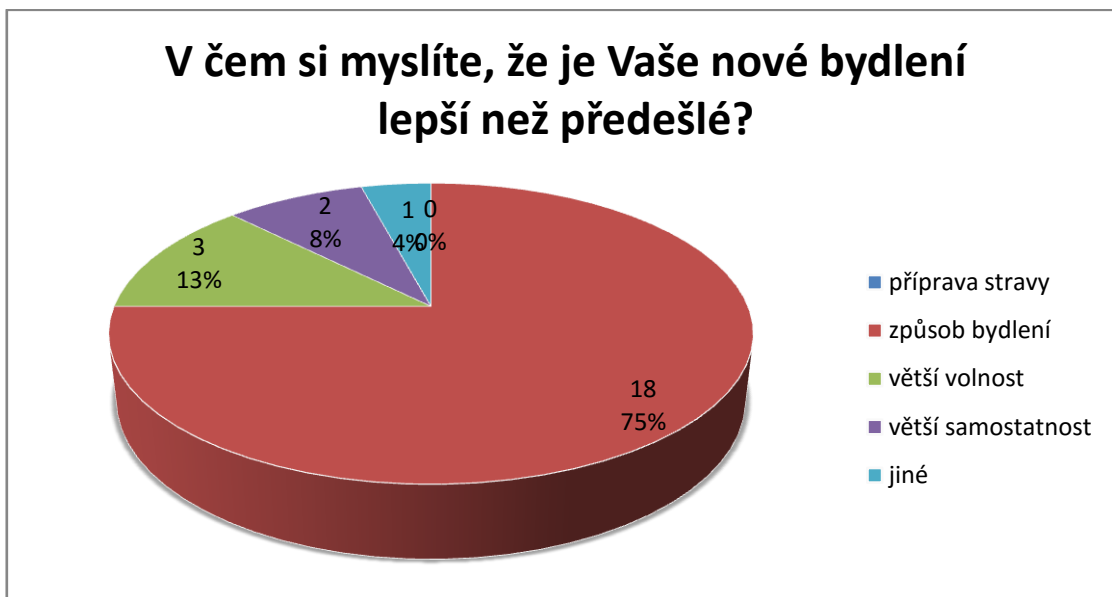
Zde se všichni klienti shodli na odpovědi ano.

Teď to vypadá, že si někteří protirečí tím, že u této otázky odpověděli všichni ano a v předchozí otázce zaškrtnli dva klienti, že by se chtěli vrátit. Vysvětlení je jednoduché. Oba dva klienti nepopírají, že nové bydlení vypadá dobře a určitě je modernější, ale to neznamená, že pro ně je to vyhovující.



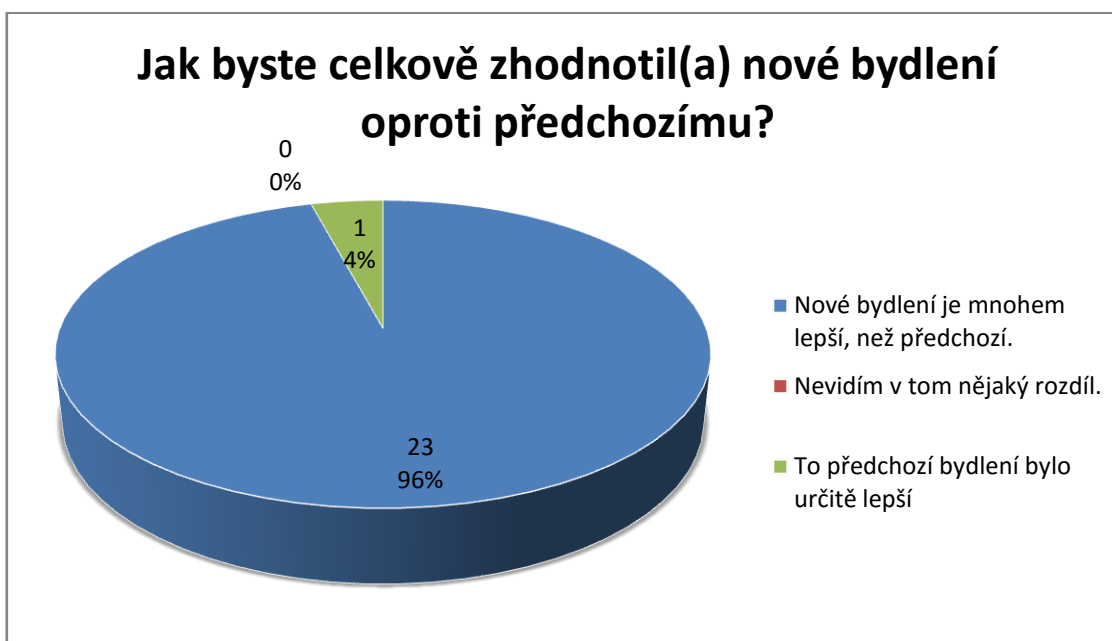
Otázka č. 13 - V čem si myslíte, že je Vaše nové bydlení lepší než předešlé?

Nejvíce klientů (18) zaškrtnulo odpověď, že se nejvíce změnil způsob bydlení. Tři klienti zaškrtnuli možnost větší volnosti. Dva si vybrali odpověď větší samostatnosti a jeden klient vypsals odpověď, že v ničem.



Otázka č. 14 - Jak byste celkově zhodnotil(a) nové bydlení oproti předchozímu?

V poslední otázce se opět shodlo třiadvacet klientů, že nové bydlení je lepší než předchozí. Jeden klient zaškrtnul odpověď, že předchozí bydlení bylo určitě lepší.



11. Ověření dílčích výzkumných cílů

Cílem této výzkumné části je odpovědět si na otázky, které jsem si stanovila na začátku praktické části. Čerpat budu z kazuistik klientů, z dotazníků a z rozhovorů s klíčovými pracovníky. Pro dotazníky zde budu používat zkratku „D“.

DO1: V čem je přínosem pro klienty chráněné bydlení?

Pan František: Sice se nejdříve stavěl záporně k transformaci, ale souhlasil s tím, že to alespoň zkusí. Nastěhoval se do jednoho chráněného bytu ve Šluknově, kde měl svůj pokoj. V domácnosti s ním bydlí ještě další tři klienti. Velice rychle se přizpůsobil a zvykl si na nové podmínky. Nejvíce oceňuje, že má vlastní pokoj, kam se může schovat, což v předešlém bydlení bylo takřka nemožné. Z pohledu pana Františka je chráněné bydlení přínosem nejvíce v tom, že má o mnoho více soukromí.

Paní Zdena: Paní Zdena se na blížící transformaci a s tím spojené nové bydlení velice těšila. Taktéž, jako pan František se nastěhovala do jednoho bytu ve Šluknově, kde se dělila o pokoj ještě s jinou klientkou, se kterou měla velice dobrý vztah. Největší radost měla z toho, že si sama může určit, kde bude jaký nábytek, kam si postaví fotografie apod. Teď na to měla prostor. Nadšená byla i z nové práce, kterou si díky této změně našla, protože jsou v tomto městě větší možnosti. Pro paní Zdenu je chráněné bydlení přínosem v oblasti samostatného rozhodování. Největším přínosem je pro ni ale nové zaměstnání, které si díky transformaci našla a navíc ji velmi naplňuje, protože je zároveň její zálibou.

Paní Věra: Paní Věra se nejvíce těšila z toho, že už vše nebude stísněné. Na pokoji bydlí také ještě s jednou klientkou. Spolu si upravily pokoj podle svého. Paní Věra nejvíce ale oceňuje nové sociálně terapeutické dílny, které jsou o mnoho větší a vybavenější než byly dílny v Lobendavě, protože se velice ráda věnuje ručním pracím a umí toho nespočet. Tudíž jsou pro paní Věru největším přínosem sociálně terapeutické dílny.

Pan Tomáš: Pan Tomáš na tuto změnu reagoval špatně, proto byl přestěhován zpět do DOZP. Tudíž pro pana Tomáše není chráněné bydlení přínosem.

D: Z dotazníku vyplývá, že nejvíce klientům přináší chráněné byty lepší způsob bydlení.

Shrnutí

Z odpovědí je patrné, že si na tuto otázku můžeme odpovědět kladně. Z kazuistik a dotazníku jasně vyplývá, že klienti nejvíce oceňují změnu způsobu bydlení. Teď mají pokoj buď sami pro sebe, nebo jsou maximálně po dvou. Před tím byli na pokoji i po šesti. Dále zde stojí za zmínku odpovědi větší volnost a větší samostatnost. Klienti v novém bydlení mají teď možnost se více rozhodovat. Nejde o to, že by jim předtím někdo zakazoval se rozhodovat, to ne, ale v mnoha situacích jim to nedovolily podmínky bydlení. Téměř nikdo se předtím nemohl rozhodnout, kam si dá např. skříň, z důvodu stísněného prostoru apod.

DO2: Splnilo se očekávání klientů z nového bydlení, a jak na nové bydlení nahlíží?

Pan František: Pan František nejprve z nového bydlení nadšený nebyl, ale po několika týdnech svůj názor změnil. Zabydlel se a přizpůsobil se novému režimu. Nové bydlení hodnotí takto: *„Nijak zvlášť se mi sem nechtělo, ale teď jsem rád, že tu jsem. Můžu si uvařit, na co mám chuť, vysprchovat se můžu kdykoliv, na televizi se můžu dívat, kdy chci. V Lobendavě jsme měli jednu televizi pro všechny, takže když jsem chtěl něco sledovat a ostatní se chtěli dívat na něco jiného, tak jsem měl smůlu. Cítím se tu svobodnější.“*

Paní Zdena: Paní Zdena se do chráněného bydlení velice těšila. Předem si už představovala, jak to tam bude asi vypadat, jak si rozmístí nábytek apod. Nové bydlení hodnotí takto: *„Já jsem tu úplně šťastná, je to tu ještě lepší, než jsem si představovala. S kamarádkou máme společný pokoj. Je fakt hezký, máme uklizeno. Našla jsem si práci, velice mě baví, protože nesmírně ráda pečů. Dneska jsem pekla loupáky. Když přijdu domů, pomáhám ostatním sestřičkám, pokud chtějí. Jsou hodné. Už bych zpátky nešla.“*

Paní Věra: Paní Věra se také těšila do chráněného bydlení už před transformací. Nové bydlení hodnotí takto: *„Já jsem velice ráda, že tu jsem. Těšila jsem se na nové bydlení. Mohu tady jít i do kina, to v Lobendavě nemají. Nebo do cukrárny. Mám krásný pokoj, je úplně nový. Mohu vám ho potom ukázat? Nejlepší jsou dílny, jsou tak velké a krásné.“*

Jsem tam velmi ráda. Sestřičky jsou moc hodné. Vyrábím v dílně mnoho věcí. Za chvíli tam zrovna jdu. Něco vám vyrobím, ano? “

Pan Tomáš: Pan Tomáš už tedy v chráněném bydlení není, ale také jsem se ho zeptala na jeho názor. Nové bydlení hodnotí takto: *„No, co mám říct, nechci tam, jsem zvyklý tady, nechápu, proč to po mně chtějí. Bydlím tady, tak nechápu, proč to chtějí měnit, tady se mám dobře.“*

D: Až na jednoho klienta se všichni shodli, že nové bydlení je mnohem lepší než předchozí.

Shrnutí

Z jejich výpovědí můžeme vyvodit, že nové bydlení hodnotí pozitivně. Kromě pana Tomáše. Ostatní jsou velice spokojení. Při pozorování klientů je vidět dobrá nálada, spokojenost. Cítí se jako „normální“ lidé.

Na otázku, zda se splnilo očekávání klientů, nelze jednoznačně odpovědět. U některých klientů se očekávání splnilo, ba dokonce i předčilo. Ale jen zhruba u necelé poloviny. Několik dalších klientů se k tomu nijak zvlášť nevyjádřilo. Jde totiž o to, že mnoho klientů si neumělo představit nové bydlení, pokud žijí desítky let v ÚSP, i přesto, že jim bylo vysvětlováno, jak chráněné bydlení vypadá a jak v něm všechno chodí. Tudíž u některých nemůžeme posoudit, zda se jim splnilo očekávání.

DO3: Jak hodnotí změnu chování u klientů klíčoví pracovníci?

Pan František: Klíčový pracovník pana Františka se vyjádřil takto: *„Já jsem klíčovým pracovníkem pana Františka už osm let. Za tuto dobu jsem poznal, že je spíše samotář, ale ještě v ÚSP se už začal rozvíjet. Zapojoval se do různých akcí, které jsme pořádali, s jiným klientem si venku sednul na lavičku a povídali si apod. Je velice soběstačný, sám si umí vyprat prádlo, udržuje pořádek, umí dokonce uvařit některá jednoduchá jídla. Na tomto základě jsem ho doporučil jako adepta do chráněného bydlení. Stavěl se k tomu spíše negativně, neuměl si dost představit, co to je transformace, k čemu je dobrá a jak bude vypadat jeho budoucí domov. O všem jsem s ním mluvil, když něco chtěl vědět, vysvětlil jsem mu to. No a teď? Je tady velice spokojený, už téměř není samotářský.“*

Kamarádi se tu s jinými klienty. Umí se o sebe v mnoha věcech postarat. Dokonce si relativně brzy našel novou práci. Takže kdybych měl shrnout jeho změnu chování, tak bych určitě odpověděl, že se zlepšil. Je více otevřený a jde na něm vidět, že je zde velice spokojený.“

Paní Zdena: Klíčová pracovnice se o paní Zdeně vyjádřila takto: *„Tak já jsem její klíčovou pracovnicí pět let. Paní Zdena je skvělá, nemám s ní vůbec problém. Je velice soběstačná a v mnoha věcech si vystačí sama. Proto jsem jí navrhla na přestěhování do chráněného bydlení. Pamatuji si, jak se těšila. Když se sem nastěhovala, byla nadšená. Ještě více se rozzářila. Líbil se jí dům, její pokoj, nová kuchyně, prostě všechno. A pak si našla zaměstnání jako pekařka, což byl její sen. Pečení měla vždy jako koníček, pekařkou se i vyučila a musím konstatovat, že peče výborně.“*

Paní Věra: Klíčová pracovnice paní Věry se o ní vyjádřila takto: *„Paní Věra je velice šikovná, já jsem její klíčovou pracovnicí od té doby, co sem nastoupila. Mám dojem, že už je to patnáct let. Vždycky byla hrozně ochotná, nikdy jsem s ní neměla větší problém. Se všemi vychází velice dobře, není to konfliktní člověk. Když jsem za ní přišla s tím, zda by chtěla do chráněného bydlení, bez rozmyšlení mi odpověděla, že ano. Zná klienty, kteří přešli do chráněného bydlení už dříve a tak věděla, co to je a jak to tam zhruba chodí. Byla jsem se s ní a s dalšími klienty podívat na nové bydlení ještě před nastěhováním, no, byla z toho úplně nadšená. Je těžké říct, zda se v něčem, co se týče chování, změnila. Ona je pořád stejná. Jako určitě je zde spokojenější.“*

Pan Tomáš: Klíčová pracovnice se o panu Tomášovi vyjádřila takto: *„Pan Tomáš to neměl jednoduché. On je velice chytrý a šikovný, ale neumí se přizpůsobit změnám. Jakmile nastane trochu větší změna, uzavírá se do sebe a začnou se u něho projevovat prvky vzteku a agrese. Do chráněného bydlení jsme ho zkusili dát před třemi lety, ale bohužel to nesl velice špatně, takže jsme ho pak přestěhovali zase zpátky. Stejně se ale bude muset později přestěhovat, ať už do chráněného bydlení nebo do domova pro osoby se zdravotním postižením, protože Lobendava končí. Takže to bude muset bohužel zažít ještě jednou. Jinak s ním opravdu není žádný problém. V chráněném bydlení by se měl určitě lépe, jde jen o to překonat tu změnu a zvyknout si na nové, ale pro něj určitě lepší bydlení.“*

Shrnutí

Chování klientů se podle klíčových pracovníků změnilo jen u někoho. Pokud se změnilo, tak k lepšímu. Pracovníci zde uvádějí určitě větší spokojenost.

Z mého pohledu je opravdu většina klientů spokojenějších. Znala jsem je v prostředí ÚSP a teď jsem je mohla pozorovat v novém bydlení a změna jde vidět. U některých vyzařuje spokojenost, u jiných zase nejistota. Po několika desítkách let jsou najednou v novém prostředí. Nejsou si jistí, zda zvládnou všechna očekávání, která se jim přikládají.

Závěrečné hodnocení

Vyhodnocení kazuistik

Z těchto čtyř kazuistik nelze jasně vyvodit, zda má chráněné bydlení význam pro osoby s mentálním postižením. Zde můžeme usoudit, že chráněné bydlení má význam pro paní Věru, paní Zdenu a pana Františka. Tito tři klienti jsou schopni se přizpůsobit změnám, jsou společenší a komunikativní. Mají radost z maličností, jako že si sami mohou vybrat, jakou si koupí záclonu, šampon nebo třeba jídlo. Jsou spokojeni s více možnostmi, které jim město nabízí. Mám zde na mysli kulturní, zábavné a sportovní využití. A hlavně, nejsou namačkáni v pokojích po třech, čtyřech, pěti nebo dokonce šesti postelích, ale každý má buď svůj vlastní pokoj, nebo jsou maximálně po dvou. Ale každý člověk je jiný. Z kazuistiky pana Tomáše můžeme usoudit, že pro něj chráněné bydlení význam nemá. Je zvyklý na dosavadní život, i když z našeho pohledu není ideální, stísněné prostory, mnoho klientů na jednom pokoji apod., ale pro něj to význam má. Je zde spokojený a nemá potřebu nového bydlení a nových změn. Z tohoto důvodu by se vždy mělo hledět hlavně na potřeby a přání klientů.

Vyhodnocení dotazníků

Z dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo čtyřadvacet klientů, z toho čtrnáct mužů a deset žen, lze v první řadě zmínit, že největší procento klientů se pohybuje v rozmezí 51 – 60 let. Už jen z tohoto hlediska můžeme usoudit, že se jedná o starší věk u klientů, tudíž horší přizpůsobivost na různé změny. Dále z dotazníků můžeme vyčíst, že velké procento bylo seznámeno s blížící se transformací a bylo seznámeno s okolnostmi transformace, i když jenom polovina na tuto informaci reagovala kladně a uměla si představit svůj budoucí domov. Kupodivu na otázku, jestli mají možnost rozhodnout se, zda se chtějí přestěhovat, odpovědělo 83 procent klientů, že ne, což je alarmující. Chráněné bydlení je služba, která je dobrovolná a jedinec se má dobrovolně rozhodnout, zda chce službu využívat nebo ne.

Všichni klienti si měli možnost nové bydlení předem prohlédnout. A téměř u všech klientů byl první dojem pozitivní. Na otázku, zda se jim líbilo více v předešlém bydlení

nebo v novém chráněném bydlení, lze odpovědět, že 96 procentům tj. 23 klientům se líbí více v novém bydlení. O jednoho klienta méně odpověděli, že by se zpátky nevrátili. Všichni klienti se shodli na tom, že se určitě zlepšil způsob bydlení k lepšímu. Tři klienti uvedli, že díky novému bydlení mají větší volnost. Dvěma klientům se nejvíce líbí, že mají možnost být více samostatní, jeden klient uvedl, že v ničem a nejvíce klientů a to osmnáct uvedlo způsob bydlení. V neposlední řadě se shodlo třiatdvacet klientů na tom, že nové bydlení je určitě lepší než předešlé. Z těchto informací lze usoudit, že pro většinu z těchto čtyřiatvaceti klientů chráněné bydlení určitě význam má. Co je ale určitě špatně a již jsem se o tom zmiňovala je, že se klienti nemohou rozhodnout, zda se chtějí přestěhovat do chráněného bydlení nebo ne.

Vyhodnocení rozhovorů s klíčovými pracovníky.

Od klíčových pracovníků mi bylo upřímně sděleno, že klienti neměli na výběr, zda se chtějí přestěhovat nebo ne, protože Ústav sociální péče v Lobendavě je v celkové transformaci, to znamená, že budova v Lobendavě a k ní přidružený domeček postupně končí a tudíž se musí přestěhovat všichni klienti. Záleží na klíčových pracovnících, aby navrhli, podle toho, jak klienty znají, zda je lepší je zařadit do chráněného bydlení nebo do domova pro osoby se zdravotním postižením.

Od klíčového pracovníka pana Františka jsem se mohla dozvědět, že ho doporučil na základě jeho schopností a samostatnosti v péči o vlastní osobu, v péči o pořádek a v přípravě jídla. I přesto, že se k transformaci pan František stavěl negativně a nijak zvlášť se mu nechtělo do chráněného bydlení, byl tam přestěhován. Po určité době si zvykl a přizpůsobil se novému životu.

Klíčová pracovníce paní Zdeny o ní mluvila velice pěkně. Na základě soběstačnosti a samostatnosti doporučila paní Zdeně do chráněného bydlení. Paní Zdena s tím neměla žádný problém, naopak, sama se chtěla přestěhovat a velice se těšila. Na tuto změnu pohlížela velice pozitivně.

Klíčová pracovníce paní Věry jí doporučila na základě jejích dobrých vlastností a soběstačnosti. Když paní Věře navrhla, zda by se chtěla přestěhovat do chráněného

bydlení, byla nadšená, protože již věděla, jak chráněné bydlení vypadá už od přestěhovaných klientů.

Klíčová pracovnice o panu Tomášovi zmínila, že už ho jednou zkoušeli přestěhovat do chráněného bydlení na základě jeho šikovnosti a bystrosti, ale pan František se nepřizpůsobil novému bydlení. Sám do chráněného bydlení nechtěl, a přesto ho tam přestěhovali. Nesl to velice špatně a přestěhovali ho zpět. Bohužel pro něho to bude muset absolvovat ještě jednou, protože, jak jsem se již zmínila, ÚSP v Lobendavě končí a musí se přestěhovat všichni klienti.

Na základě těchto informací od klíčových pracovníků je zřejmé, že ne pro každého je vhodné chráněné bydlení, ačkoli si klíčový pracovník nebo kdokoli jiný může myslet, že ano. Z pohledu paní Zdeny a paní Věry určitě chráněné bydlení význam má. Ale už u pana Františka je zřejmé, že ačkoli se mu nechtělo, stejně ho tam přestěhovali. To samé u pana Tomáše. I přes jeho nesouhlas a negativní projevy byl stejně přestěhován, i když následně vrácen. A kvůli transformaci bude muset být přestěhován ještě jednou s tím rozdílem, že už se zpátky nebude moct vrátit. Což je špatně. Opět jsme u toho, že toto není správné a že by služba chráněného bydlení měla být dobrovolná.

Vyhodnocení z mého pozorování

Z mého pozorování mi vychází, že chráněné bydlení určitě význam má, ale ne pro jedince, kteří jsou desítky let na něco zvyklí a najednou se mají přizpůsobovat něčemu, čemu nijak zvlášť nerozumí a mají opustit prostor, ve kterém dlouho žijí a mají k němu vztah. Pokud má služba chráněného bydlení nabýt na významu, měl by se klient rozhodnout sám, svobodně a dobrovolně, že zde chce bydlet. V tomto případě přešlo zařízení do transformace a u všech klientů se muselo učinit rozhodnutí, zda půjdou do chráněného bydlení nebo do domova pro osoby se zdravotním postižením, což svobodné rozhodnutí klienta opravdu není. Ale z okolí se ukazuje chráněné bydlení jako dobrá a účelná věc, hlavně úplně nové zrekonstruované byty, které mají nové spotřebiče, toalety, vany apod., ale už se nikdo nijak zvlášť nedívá na to, zda to je to, po čem klient opravdu touží. Padesáti procentům klientům je více jak 50 let, tudíž prožívání změn a učení se něčemu jinému a novému je již těžší. Chci tím říct, že služba

chráněné bydlení je určitě skvělá věc pro klienty, kteří chtějí žít samostatněji a nechtějí být v jiném zařízení, ale ne pro klienty, kteří musí, kteří jdou do chráněného bydlení na základě rozhodnutí jiných osob.

Závěr

Pro výběr této práce jsem se rozhodla proto, že mě transformace klientů velice oslovila. Zajímalo mě, jak se k tomu klienti staví, zda se mohou sami rozhodovat, jsou-li informováni, ale také mě zajímal názor jejich klíčových pracovníků.

Cílem bakalářské práce je prokázat, zda má chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením nějaký význam, v čem je pro klienty přínosem.

V teoretické části jsem se seznámila s mnoha informacemi k mému tématu. V první kapitole jsem se věnovala mentální retardaci, její etiologii, znakům, příčinám, diagnostice a klasifikaci. V dalších kapitolách jsem definovala sociální služby a chráněného bydlení. V neposlední řadě se zde věnuji samotnému Ústavu sociální péče v Lobendavě, resp. Domovu bez hranic Rumburk.

V praktické části jsem si nejprve stanovila tři výzkumné otázky, kde jsem využila čtyři metody a to neformální a nestrukturovaný rozhovor, zúčastněné pozorování, dotazníky a kazuistiky. Díky těmto metodám jsem dostala odpovědi na své otázky.

Z mého šetření je patrné, že chráněné bydlení, z pohledu okolí, určitě význam má. Pohled klientů je ovšem rozdílný. Díky mému pobytu mezi klienty, jsem mohla pozorovat jejich chování, nálady a rozložení jejich dne. Nejvíce se dalo vypožorovat, pokud jsem jen nahlížela a neúčastnila se. Klienti byli více sami sebou a já mohla pozorovat, jak komunikují se zaměstnanci, mezi sebou a jak se přizpůsobili v novém bydlení. Na druhé straně, když jsem byla v jejich přítomnosti, mohla jsem pozorovat, jací jsou, jaké mají vlastnosti, jejich záliby, které mi s radostí představili apod.

Z dotazníku vyplynulo, že dvaadvadesát procent klientů by se nevrátilo již zpátky. Ale pravda je, že se klienti nemohli rozhodnout, zda chtějí do chráněného bydlení nebo ne. Je tudíž patrné, že pokud bychom se klientů zeptali v čase, kdy ještě transformace nebyla v plánu, zda chtějí jít do chráněného bydlení, výsledek odpovědí by nás určitě překvapil. Překvapující ale je, že několik klientů mohlo být už delší čas v chráněném bydlení, ale nikdo jim tu možnost nenabídl.

Praktické využití mé práce je možné u klientů, kteří stojí před rozhodnutím, zda jít do chráněného bydlení nebo ne. Dále je možné ji využít u zaměstnanců, kteří se mohou zamyslet nad tím, že jde vždy o blaho klienta, o jeho názor, o jeho pocity a o jeho rozhodnutí. Ale jak jsem psala již výše. Pokud má služba chráněné bydlení nabýt na významu, měl by se klient rozhodnout sám, svobodně a dobrovolně, že zde chce bydlet. V tomto případě přešlo zařízení do transformace a u všech klientů se muselo učinit rozhodnutí, zda půjdou do chráněného bydlení nebo do domova pro osoby se zdravotním postižením, což svobodné rozhodnutí klienta opravdu není.

Seznam použité literatury

- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 205 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3870-140.
- FRANIOK, Petr a Dana KYSUČAN. *Psychopedie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-7042-247-5.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.
- KOLUCHOVÁ, J., ET AL.: *Přehled patopsychologie dítěte*, Praha, UK : SPN, 1989.
- MATULAY, Karol. *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1986, 336 s., obr. příl. Edícia pre postgraduálne štúdium lekárov.
- MEČÍŘ, Jan. *Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 156 s.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998, 234 s. ISBN 80-859-3165-6.
- RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-726-2140-8.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4730-066.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SVOBODA, Mojmir a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 2001, 791 s. ISBN 80-717-8545-8.

- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3678-890.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, Milan. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012, 201 s. ISBN 978-80-244-3055-3.
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-732-0039-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
- V. kapitola PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00-F99). 10. revize MKN – 10
- V. kapitola DUŠEVNÍ CHOROBY POD ZÁHLAVÍM DUŠEVNÍ ZAOSTALOST (317-319). 9. revize ICD - 9

Internetové zdroje

- DOZP Lobendava. *Ústav sociální péče Lobendava*. [online]. © 2014 [cit. 1970-01-01]. Dostupné z: http://www.usplobendava.cz/new/?page_id=29
- Historie. *Ústav sociální péče Lobendava*. [online]. © 2014 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: http://www.usplobendava.cz/new/?page_id=124
- Chráněné bydlení Šluknov. *Ústav sociální péče Lobendava*. [online]. © 2014 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: http://www.usplobendava.cz/new/?page_id=30
- Sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. 28.7.2014 [cit. 1970-01-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>
- Transformace ÚSP Lobendava. *Ústav sociální péče Lobendava*. [online]. © 2014 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: http://www.usplobendava.cz/new/?page_id=127

Zákony, vyhlášky

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Markéta Benešová a jsem studentkou 3. ročníku Pedagogické fakulty Hradec

Králové, obor Výchovná práce ve speciálních zařízeních. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto krátkého dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce na téma:

význam chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Cílem mé práce je ukázat na význam a možnosti chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Porovnat kvalitu bydlení před a po transformaci z pohledu klientů. Dále bych Vás chtěla ujistit, že dotazník je zcela anonymní.

Předem děkuji za vyplnění mého dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Jaký je Váš věk?

- a) 19 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 60 a více

3. Byl(a) jste obeznámen(a) s podmínkami blížící se transformace ÚSP? Co jeto chráněné bydlení, co to obnáší apod.?

- a) ano
- b) ne

4. Jak jste na to nejprve reagoval(a)?
- a) kladně
 - b) spíše kladně
 - c) spíše negativně
 - d) negativně
5. Pokud jste v něčem měl(a) nejasnosti, byli Vám ochotni zaměstnanci podat více informací?
- a) ano
 - b) ne
6. Uměl(a) jste si podle získaných informací představit, jak bude transformace probíhat a jak bude vypadat Váš budoucí domov?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
7. Měl(a) jste možnost se rozhodnout, zda se chcete přestěhovat nebo ne?
- a) ano
 - b) ne
8. Ještě než jste se nastěhoval(a) do nového domova, měl(a) jste možnost si ho prohlédnout předtím?
- a) ano
 - b) ne
9. Jaké byly Vaše první dojmy po nastěhování do nového bydlení?
- a) pozitivní
 - b) spíše pozitivní
 - c) spíše negativní
 - d) negativní

10. Líbilo se Vám více v předešlém domově nebo v tomto novém?

- a) v předešlém
- b) v novém

11. Kdybyste měl(a) možnost, vrátil(a) byste se zpátky?

- a) ano
- b) ne

12. Myslíte si, že se podle Vás změnil způsob bydlení k lepšímu?

- a) ano
- b) ne

13. V čem si myslíte, že je Vaše nové bydlení lepší než předešlé?

- a) příprava stravy
- b) způsob bydlení
- c) větší volnost
- d) větší samostatnost
- e) jiné

pokud jste zaškrtnl(a) jiné, vypište prosím jaké:

14. Jak byste celkově zhodnotil(a) nové bydlení oproti předchozímu?

- a) Nové bydlení je mnohem lepší, než předchozí.
- b) Nevidím v tom nějaký rozdíl.
- c) To předchozí bydlení bylo určitě lepší.