

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Iva Jelenová

**Domov pro osoby se zdravotním postižením a příprava uživatele  
na samostatný život**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Komorní Lhotce 22. 5. 2014

.....

Podpis studentky

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí práce, paní doc. PhDr. Olze Krejčířové Ph.D., za podporu, ochotu, zájem a poskytnutí cenných rad a připomínek při vedení mé závěrečné práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zaměstnancům domova pro osoby se zdravotním postižením BETEZDA v Komorní Lhotce za jejich vstřícný postoj a ochotu.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Iva Jelenová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. PhDr. Olga Krejčířová Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2014

<b>Název práce:</b>	Domov pro osoby se zdravotním postižením a příprava uživatele na samostatný život
<b>Název v angličtině:</b>	Home for disabled users and preparation for independent life
<b>Anotace práce:</b>	Tématem mé bakalářské práce je Domov pro osoby se zdravotním postižením a příprava uživatele na samostatný život. Ve své práci chci zjistit, v jakých úkonech a jakým způsobem poskytují zaměstnanci sociálního zařízení uživatelům nejčastěji podporu, jak vnímají posun k větší samostatnosti, s jakými problémy se při přípravě na samostatné či podporované bydlení setkávají a jakým způsobem ověřují a hodnotí získané dovednosti a schopnosti uživatelů.
<b>Klíčová slova:</b>	Mentální postižení, práva osob, sociální služba, socializace, podpora osob s mentálním postižením
<b>Anotace v angličtině:</b>	The topic of my thesis home for people with disabilities and users preparing for an independent life. In my work, i want to find out in what acts and how social workers provide equipment support most users to perceive a shift towards greater autonomy, such problems in preparing for independent or assisted living encounter and how to verify and evaluate the acquired skills and abilities of users.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Mental disability rights people, social services, socialization, support for persons with mental disabilities
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Tato práce má 1 přílohu
<b>Rozsah práce:</b>	67 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

# OBSAH

<b>ÚVOD</b>	<b>7</b>
<b>1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ</b>	<b>8</b>
1.1 Definice pojmu	8
1.2 Etiologie mentálního postižení	10
1.3 Klasifikace mentálního postižení	12
1.3.1 Lehká mentální retardace	13
1.3.2 Středně těžká mentální retardace	14
1.3.3 Těžká mentální retardace	14
1.3.4 Hluboká mentální retardace	15
1.3.5 Jiná mentální retardace	16
1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace	16
<b>2 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b>	<b>17</b>
2.1 Mezinárodní dokumenty k ochraně práv osob s mentálním postižením	18
2.2 Svěprávnost	19
2.2.1 Opatrovnictví	20
<b>3 SOCIÁLNÍ SLUŽBA</b>	<b>22</b>
3.1 Druhy sociálních služeb	22
3.1.1 Poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb	23
3.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	24
3.3 Transformace pobytových sociálních služeb	26
3.3.1 Standardy kvality sociálních služeb	27
3.4 Individuální plánování v sociálních službách	28
<b>4 SOCIALIZACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b>	<b>30</b>
4.1 Kvalita života	31
4.2 Pracovní uplatnění	33
4.3 Ucelená rehabilitace	34
4.3.1 Léčebná rehabilitace	35
4.3.2 Sociální rehabilitace	35
4.3.3 Pedagogická rehabilitace	36
4.3.4 Pracovní rehabilitace	36
<b>5 PODPORA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM</b>	<b>37</b>

5.1	Zásady práce s uživatelem	37
5.2	Oblasti odpory osob s mentálním postižením	38
5.2.1	Péče o vlastní osobu	38
5.2.2	Komunikace	39
5.2.3	Život v domácnosti a rizika v každodenním životě	39
5.2.4	Využívání veřejných míst a služeb	40
5.2.5	Osobní aktivity a práce	41
5.2.6	Přátelské a partnerské vztahy, rodina	41
5.3	Příprava uživatele na přechod do vyšší formy bydlení	42
5.3.1	Proces plánování a realizace přechodu	43
5.3.2	Formy přechodu	44
<b>6</b>	<b>PŘÍPRAVA KLIENTŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA SAMOSTATNÝ ŽIVOT</b>	<b>45</b>
6.1	Metodologie	45
6.2	Průzkumné prostředí	46
6.3	Charakteristika průzkumného vzorku	48
6.4	Dotazníkové šetření	50
6.5	Shrnutí	60
	<b>ZÁVĚR</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>65</b>
	<b>PŘÍLOHA</b>	<b>67</b>

## ÚVOD

*„Jednou z vlastností, které odlišují nás dvounohé tvory od čtyřnohých, je soucit. Díky soucitu stojíme zpříma, můžeme vztáhnout ruce k bližnímu a říci mu: Chtěl bych ti pomoci“.*

MaCall's

Lidé se zdravotním postižením žijí mezi námi jako naši spoluobčané, příbuzní, sousedé, známí, kamarádi, žáci či jako naše vlastní děti. Byli a vždy budou součástí naší společnosti. K tomu, aby mohli žít plnohodnotným životem, od nás potřebují pomoc a podporu. Často se bohužel stává, že se o zdravotně postižené osoby nemůže starat jejich rodina či příbuzní, a tak bývají tito lidé mnohdy odkázáni na péči v některém ze zařízení sociálních služeb. Postoje společnosti k zařízením sociálních služeb procházejí v posledních letech značným vývojem. Do popředí zájmu se postupně dostávají nové trendy v péči o osoby se zdravotním postižením, jejichž základní prioritou se stává umožnit osobám s jakýmkoliv typem postižení žít život srovnatelný se životem intaktních vrstevníků. V roce 2006 byl přijat zákon o sociálních službách, který přinesl očekávanou změnu systému sociální péče. Tento zákon přinesl řadu dlouho očekávaných změn a požadavku na sociální služby, jako například rozdělení sociálních služeb, rozdělení na služby poradenství, prevence a péče, jasně stanovené činnosti, které musí daná služba poskytnout, vzdělání pracovníků v sociálních službách, příspěvek na péči a konečně i uzákonění naplnění Standardů sociálních služeb a jejich kontrolu. Přeměna ústavních služeb na sociální služby poskytované v komunitě je postupná. Díky této změně řada lidí, kteří žili v ústavech, získala domov. Nové sociální služby pomáhají občanům s postižením nejen lépe a důstojně bydlet, ale hlavně se začlenit do běžného života. Dávají jim šanci i vzhledem ke svému postižení žít plnohodnotný život.

Téma bakalářské práce vyplynulo především z toho, že žiji v malé vesnici, kde se Domov pro osoby se zdravotním postižením nachází a také ze skutečnosti, že jsem zde absolvovala praxi. Zajímá mě pohled pracovníků v sociálních službách, kteří jsou v každodenním kontaktu s těmito osobami a bezesporu zastávají práci, která je psychicky i fyzicky velice náročná. Ve své práci bych tedy chtěla přiblížit to, jak na svou práci nahlíží a jak jí vnímají. Cílem práce je zjistit, v jakých úkonech poskytují pracovníci střediska BETEZDA Komorní Lhotka uživatelům nejčastěji podporu a pomoc, jak vnímají přípravu uživatelů na přechod do vyšší formy bydlení, s jakými problémy a překážkami se při přípravě setkávají, jak ověřují získané schopnosti a dovednosti a jakým způsobem hodnotí připravenost uživatelů na přechod do návazných služeb.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

*„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu jak se stará o své nejzranitelnější a nezávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená“.*

Adrian D. Ward

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších osob, přesto se o nich ví poměrně málo. Představy většinové společnosti o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý a někdy dokonce nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením. Stále se ještě někteří lidé domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizení“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očích (Švarcová, 2006).

Švarcová (2006, s. 14) uvádí následující *„Zřejmě bude ještě nějaký čas trvat, než převažující část společnosti pochopí, že je běžné nejen u nás, ale po celém světě, že určitá část populace bývá odlišná od společenského průměru, ať už mimořádným nadáním nebo různými formami postižení“.*

Mentální postižení je širší a zastřešující pojem, který zahrnuje kromě mentální retardace i hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které klienta znevýhodňuje především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního popřípadě psychosociálního charakteru (Valenta, Müller, 2012).

### 1.1 Definice pojmu

Mentální retardace je pojem nejednoznačný a v současnosti vymezovaný množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí. Termín se začal používat na konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu pojmů (Valenta, Müller, 2012).

Postižení bývá definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným



způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených osob (Vágnerová, 1999). Švarcová (2006, s. 39) uvádí „Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy“.

Přesto se u značné části z nich projevují v určité míře jisté společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný (Švarcová, 2006).

Mezi nejčastěji uváděnými typickými znaky jsou: zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudku, snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů, snížená mechanická a zejména logická paměť, nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, roztěkaná pozornost, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování, citová vzrušivost, sugestibilita a rigidita chování, nedostatky v osobní identifikaci, opožděný psychosexuální vývoj, nerovnováha aspirací a výkonů, zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí, poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům společenského okolí (Franiok, 2008).

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince (Valenta, Müller, 2012).

Definice mentální retardace dle MKN-10 (2000)

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, smyslovou či tělesnou poruchou či bez nich. Jedinci s mentálním postižením mít celou řadu duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné (in Valenta, Müller, 2012).

Dalším vymezením mentální retardace je definice dle AAIDD (2010)

Mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje zejména v oblasti pojmové, praktické

a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života je multidimenzionální a pozitivně ovlivněný cílenou podporou a individuálním přístupem (in Valenta, Müller, 2012).

## 1.2 Etiologie mentálního postižení

Přestože u jedinců s mentálním postižením se v minulosti zkoumaly a v současné době zkoumají nejrůznější možné vlivy biologické a sociální, nelze určit příčiny mentální retardace jednotně a jednoznačně pro jejich značnou symptomatologickou variabilitu, kvalitativní a kvantitativní rozdíly v mentálním deficitu (Franiok, 2008). Matulay (1986, s. 31 in Franiok, 2008, s. 32) uvádí „*Mentální postižení může být způsobeno jak příčinami endogenními - vnitřními, tak příčinami exogenními - vnějšími*“.

### Endogenní příčiny

Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Dědičně podmíněné postižení vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu. Patří zde genové či chromozomální postižení. Vágnerová (1999, s. 147 in Franiok, 2008, s. 33) uvádí „*Další typickou kategorií je polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Takto postižení jedinci mají malý počet funkčních genů, potřebných pro rozvoj inteligence. V tomto případě bývají obdobně postiženi i rodiče a sourozenci*“.

### Exogenní příčiny

Vnější činitele, kteří mohou způsobit mentální postižení, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, v raném dětství i v dospělosti. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku. Mohou být také činiteli, kteří spouští projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikují její průběh (Franiok, 2008).

Dle časového hlediska rozlišujeme faktory prenatální, perinatální a postnatální. Pokud si příčiny vzniku mentální retardace dle časového hlediska rozdělíme takto, pak se strukturovaně dopátráme k řadě různých a překrývajících se vlivů.

### Prenatální příčiny

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž jsou významné ty, které způsobují familiární mentální postižení a to vlivy dědičné – hereditární. Zde řadíme nejenom po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou

k mentálnímu postižení, ale i to, že dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti. Intelektové předpoklady dítěte nejsou však matematickým průměrem inteligence biologických rodičů. Z kvantitativního pohledu jsou převažujícím faktorem specifické genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů, z nich některé známe a jiné nikoliv, dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu. Další skupinu perinatálních vlivů tvoří environmentální faktory či onemocnění matky v době těhotenství, zde platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější jsou následky pro zdraví dítěte. Na vznik postižení může mít vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion, vrozené vady lebky a mozku. Objevují se názory, že i perinatální deprivace může mít vliv na duševní zdraví nenarozeného dítěte (Valenta, Müller, 2009).

#### Perinatální příčiny

V tomto období může vývoj centrální nervové soustavy dítěte poškodit hlavně nezvyklá zátěž, jakou je například mechanické poškození mozku, nedostatek kyslíku, dále nedonošenost, nízká porodní váha nebo nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, při které neodchází bilirubin z těla, čím následně způsobuje patologické změny (Valenta, Müller, 2012).

#### Postnatální příčiny

V době po narození může způsobit mentální postižení mnoho různých faktorů. Mezi ně řadíme především náhlé zevní události, které vedou k narušení celistvosti a neporušenosti organismu (traumata zasahující centrální nervovou soustavu), dále specifické infekce a záněty mozku (encefalitidy primární i sekundární), krvácení do mozku (vlivem prasknutí mozkové cévy), nádorová onemocnění způsobující mozkové léze. Svůj vliv mohou mít také sociální faktory, v tomto případě může jít zejména o deprivaci, tedy dlouhodobé nenasycení některé ze základních lidských potřeb. Bylo prokázáno, že právě takto zapříčiněna mentální retardace má své významné zastoupení u lehkého stupně. (Valenta, Müller, 2012). Matulay (1986, s. 47-48 in Valenta, Müller, 2012, s. 61) uvádí „*V současnosti platí, že sociokulturní činitelé mají největší význam při lehké MR. Při současném chápání dědičnosti, zejména lehké MR, má tedy prostředí význam jako předpoklad fenotypové realizace polygenně podmíněného defektu. Na to, aby se projevil příznak, který je v tomto případě MR, vystupuje do popředí jako podmínka faktor prostředí*“. Lehká mentální retardace se tedy stává etiologickou kombinací organicity, dědičnosti a vnějších sociokulturních podmínek. Výhodou však je to,

že taková mentální retardace není neměnná a dá se pozitivně ovlivnit příslušnými intervenčními programy (Valenta, Müller, 2012).

### **1.3 Klasifikace mentálního postižení**

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento poměrně často užívaný pojem však dosud nebyl dosud uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení. Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím (Švarcová, 2006).

Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability, orientačně taktéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnutí obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince takto:

- F 70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation) - IQ 50-69
- F 71 Středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation) - IQ 35-49
- F 72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation) – IQ 20-35
- F 73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation) – IQ do 19
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Kromě stupně mentálního postižení MKN- 10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů, a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení následovně:

- 0 – Žádné či minimálně postižené chování
- 1 – Výrazně postižené chování vyžadující intervenci
- 8 – Jiná postižení chování
- 9 – Bez zmínky o postižení chování

V návaznosti na výše uvedenou klasifikaci je nezbytné doplnit také to, že starší psychopedická terminologie někdy diferencuje chování klienta z hlediska typu mentální retardace na:

- Typ erektivní (hyperaktivní, verzatilní, neklidný)

- Typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný)

Je však nutno upozornit na to, že toto členění se do značné míry vztahuje k charakteru prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a které jej formuje. Často může mít úzkou souvislost s deprivací, frustrací či stresovými vlivy (Valenta, Müller, 2012).

### 1.3.1 Lehká mentální retardace

Jedná se o nejlehčí stupeň postižení. V inteligenčním pásmu dosahují tyto osoby výsledků na inteligenční škále v pásmu 50-69. U dospělých osob tento stupeň orientačně odpovídá mentálnímu věku 9-12let. I když je v začátcích neuropsychického vývoje zřejmé jisté opoždění či omezení, nedá se postižení v této době s určitostí rozpoznat. Omezení rozumového vývoje i v ostatních psychických funkcích se projeví jasněji až ve věku předškolním a ještě výrazněji s nástupem dítěte do školy. Dítě je na první pohled zdravé, čilé, ovládá nejrůznější básničky, říkanky či písničky. Nedostatky takového dítěte jsou především v rozumové oblasti při náročnějších myšlenkových operacích jako generalizaci a abstrakci, ale i v celkovém projevu je dítě méně chápavé, obtížněji se zapojuje do her, rozsah jeho postižení je do velké míry modifikován rodinným prostředím. Jedinec s lehkým stupněm mentální retardace se naučí číst s určitými omezeními, pokud jde o porozumění přečtenému, psát, počítat. Je schopen jednoduchého abstraktního myšlení. Řeč se vyvíjí opožděně. Vyskytuje se poměrně vysoké procento poruch řeči. Pokud jde o konkrétní názorné a mechanické schopnosti, tyto jsou rozvinuty zpravidla dobře. Základní vzdělávání jsou tito jedinci schopni pouze v mírně redukované podobě. Po absolvování odborného učiliště jsou schopni společenského i pracovního zapojení po vytvoření vhodných podmínek (Franiok, 2008).

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentálního postižení působit žádné vážnější problémy. Důsledky se však mohou projevit pokud je postižený také značně emočně či sociálně nezralý (Švarcová, 2006). Švarcová (2006, s. 34) uvádí „*Obecně jsou však behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší potřebám, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných*“.

### 1.3.2 Středně těžká mentální retardace

V inteligenčních testech dosahují tyti jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu 35-49. U dospělých osob tento stupeň postižení odpovídá orientačně mentálnímu věku 6-9 let. Vyznačuje se omezením v neuropsychickém vývoji. Dítě začíná později sedět, chodit, pohybově pak zůstává poměrně neobratné, a to v důsledku nápadné nekoordinovanosti pohybů. Naučí se jíst a udržovat osobní čistotu, poznává osoby ze svého okolí. Řeč se sice vyvíjí, ale je velmi opožděná a dospěje stejně jako myšlení do úrovně konkretizační. Slovní zásoba je chudá. Tito jedinci se vyjadřují nejčastěji jednoduchými či jednoslovnými větami. Velice nápadně působí poruchy formální stránky řeči. Citově jsou tito jedinci labilní, nevyrovnaní, někdy s nepřiměřenými afektivními výbuchy, které pak často vedou ke zkratkovitému jednání. Vychovatelnost a vzdělavatelnost těchto osob je méně či více omezená. Poměrně dobrých výsledků se daří dosáhnout v sebeobsluze, i když se nutno počítat s dohledem. Povinnou školní docházku uskutečňují tito jedinci ve speciálních školách (Franiok, 2008). Franiok (2008, s. 40) uvádí následující „Právě dětem a dospělým osobám se středním stupněm mentálního postižení by se mělo dostat ze strany naší společnosti nejvíce pozornosti, protože v minulosti byli tito jedinci značně opomíjenou skupinou mentálně postižených“.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco druzí jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění (Švarcová, 2006).

### 1.3.3 Těžká mentální retardace

V inteligenčních testech dosahují tito jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu 20-34. U dospělých osob tento stupeň odpovídá orientačně mentálnímu věku 3-6 let. Takto postižené osoby se vyznačují celkovým omezením neuropsychického vývoje. Společně s tímto omezením je patrné i výrazné omezení motorického vývoje. Jde o častý jev u těžké mentální retardace, který je spojen i se značnou pohybovou neobratností. Celkově lze hodnotit vývoj motoriky u tohoto stupně jako výrazné opoždění hybnosti. Pohyby zůstávají i v dospělosti hrubé. U některých jedinců se vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy

a trupu. Psychika takto postižených jedinců nese s sebou značná omezení v jednotlivých procesech. Nápadné bývají poruchy v koncentraci pozornosti. V myšlení se dostávají do úrovně mechanického plnění základních úkonů a několika příkazů, a to zpravidla až v dospělosti a při podnětném prostředí a kvalitní speciálně pedagogické péči. V rámci komunikativních dovedností a řeči dochází pouze k minimálnímu rozvoji. V interakci se známou osobou používají izolovaná slova za své poměrně chudé slovní zásoby. Osoby s těžkou mentální retardací zpravidla zvládají základní stereotypy chování v nejběžnějších situacích. Tyto však mohou být kdykoli narušeny poruchami afektivní sféry, vysokou impulzivitou a nestálostí nálad. Těmto jedincům však musí být umožněno získat alespoň základy školního vzdělání. Ve školské legislativě by mělo být pamatováno také na to, že psychika těchto jedinců se rozvíjí mnohdy při vhodných podnětech až v dospělosti (Franiok, 2008). Švarcová (2006, s. 35) uvádí „ *I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života*“.

### **1.3.4 Hluboká mentální retardace**

V inteligenčních testech dosahují tito jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu 0-19. Při testování musí být použity neverbální testy. U dospělých jedinců odpovídá tento stupeň postižení orientačně věku pod 3 roky. Neuropsychický vývoj těchto osob je po celý život značně omezen. Typickým pozorovatelným jevem u hluboké mentální retardace jsou nápadné stereotypní automatické pohyby celého trupu. Psychické procesy bývají porušeny v celé šíři. Úroveň myšlení a paměti je u těchto jedinců i v dospělosti minimální eventuálně žádná. O rozvinuté řeči se nedá v rámci pásma hluboké mentální retardace hovořit. Spíše se jedná o neartikulované výkřiky, maximálně o echolalické opakování jednotlivých slov. Patrně jedinou možností v rozvoji komunikace s takto postiženými jedinci je oblast nonverbálních složek řeči při maximálním respektování individuálních zvláštností těchto jedinců. Protože je u těchto jedinců porušena afektivní sféra dochází u těchto osob také k sebepoškozování. Možnosti socializace se omezují na základní diferenciaci osob. Výjimečně tito jedinci zvládnou jednoduché návyky sebeobsluhy. Trvalá závislost na sociálním okolí je pro tyto lidi

charakteristická. Nebývá vzácností trvalé upoutání na lůžko z důvodu rozsáhlých somatických a neurologických vad (Franiok, 2008).

### **1.3.5 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, pokud stanovení stupně intelektové retardace pomocí běžných metod je velmi nesnadné či to dokonce není možné. Většinou je důvodem přidružené senzorycké nebo somatické poškození (Švarcová, 2006).

### **1.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie se používá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací k tomu, aby bylo možno zařadit jedince do jedné z kategorií. (Švarcová, 2006).



## 2 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Jedinci s postižením jsou denně konfrontováni s mnohonásobným tichým zneužíváním lidských práv.“*

Oskar Arias Sanchez

Na osoby s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Lidská práva se obvykle charakterizují jako práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti i schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí s potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude chráněná a respektována důstojnost a hodnota každé lidské bytosti (Švarcová, 2006).

Sobek (2007, s. 9) konstatuje následující *„Základní lidská práva zaručují všem lidem nezpochybnitelný prostor, ve kterém mohou svobodně rozvíjet a naplňovat svůj život. Dodržování lidských práv je velmi podstatné i z pohledu lidí s mentálním postižením. Také pro tyto lidi platí, že respekt k právům umožňuje, aby žili svůj život svobodným a naplněným způsobem, rozvíjeli své schopnosti a o svém životě rozhodovali dle vlastní volby“*.

V České republice jsou základní lidská práva a svobody zakotveny především v Ústavě, v Listině základních práv a svobod a v mezinárodních úmluvách. Mezinárodní smlouvy zveřejněné ve Sbírce mezinárodních smluv mají v našem právním řádu povahu zákona, jsou přímo závazné a dokonce mají přednost před vnitrostátními právními normami. Tyto právní normy vymezují základní práva a svobody jedince vůči veřejné moci i vůči jiným subjektům. Takto vymezená práva a svobody se veřejná moc zavazuje chránit a respektovat (Sobek 2007).

Sobek (2007, s. 13) uvádí následující *„Mezi základní lidská práva patří“*:

- *Nedotknutelnost osoby*
- *Zachování lidské důstojnosti*
- *Zákaz nucených prací*
- *Osobní svoboda*
- *Právo na soukromí*
- *Nedotknutelnost obydlí*
- *Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání*
- *Právo vlastnit majetek*
- *Právo na rodinný život*

## 2.1 Mezinárodní dokumenty k ochraně práv osob s mentálním postižením

Zájem o lidská práva se výrazněji začal rozvíjet po první světové válce v době přijetí versailleské dohody, která stanovila podmínky míru. Součástí této dohody bylo založení Společnosti národů a Mezinárodní organizace práce. Dohoda také vyjádřila obavu o zdraví a blaho dětí na celém světě. V roce 1924 byla V. shromážděním Společnosti národů přijata deklarace práv dítěte nazvaná *Ženevská deklarace*. Po skončení druhé světové války byla Organizací spojených národů přijata *Všeobecná deklarace lidských práv*. V roce 1959 byla na XIV. zasedání OSN vyhlášena a přijata *Deklarace práv dítěte*.

V šedesátých letech se objevil nový požadavek, a to požadavek za strany rodičů dětí s mentálním postižením. Byla ustanovena *Evropská liga společností mentálně handicapovaných*, která si stanovila jako svůj hlavní cíl hájit zájmy mentálně handicapovaných bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. V roce 1961 byla přijata *Evropská sociální charta*. Ta byla po poměrně dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, která výslovně zmiňovala osoby s postižením jako nositele lidských práv. Smlouva byla některými členy hnutí postižených v západní Evropě kritizována, neboť dle nich vycházela z představy, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného a nezávislého života. V prosinci roku 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata *Deklarace práv mentálně postižených osob*. Dalším významným dokumentem je *Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání*. Byla přijata v roce 1987 v rámci Rady Evropy. Na děti a mládež s mentálním postižením se v plné míře vztahuje i *Úmluva o právech dítěte*, která byla ratifikována a u nás vstoupila v platnost roku 1991. V roce 1993 byla Valným shromážděním OSN schválena *Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Jedná se důležitý dokument, který mohou organizace zdravotně postižených využít ve svých kampaních za rovnoprávnost. Nemají platnost mezinárodního práva, přesto znamenají silný morální i politický závazek států podnikat akce pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením. V září roku 1997 se v Praze konala mezinárodní konference K 97 Lidská práva pro osoby s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

Roku 2003 byly z rozhodnutí Valného shromáždění započaty práce na komplexní mezinárodní úmluvě o ochraně a podpoře práv a důstojnosti osob s postižením. Dne 13. prosince 2006 byla tedy přijata *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a její Opční protokol národů*. Úmluva doplňuje sedm dosud přijatých základních úmluv OSN

o lidských právech. Zakládá se na principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje aktivní zapojení těchto osob do života společnosti. Úmluva vstoupila v platnost 3. května 2008. Cílem této Úmluvy je odstranit stávající překážky, které brání osobám se zdravotním postižením zapojit se do plnohodnotného života (Michalík, 2012).

## 2.2 Svěprávnost

Svěprávnost znamená, že člověk může sám nějaká práva a povinnosti získat či ztratit. Člověk získává svá práva a povinnosti právním jednáním. U právního jednání je důležitá vůle člověka, tedy, že nová práva a povinnosti skutečně chce. Od ledna 2014 nabyl účinnost nový Občanský zákoník, který posiluje práva duševně nemocných lidí. Pro způsobilost k právním úkonům se opět zavádí pojem svěprávnost. Už není možno člověka zbavit svěprávnosti úplně, ale nanejvýš ho ve svěprávnosti omezit, a to pouze když by mu hrozila újma a nebylo by možné mu pomoci jinak. Soud také nemůže rozhodnout o omezení svěprávnosti člověka od stolu, aniž by ho viděl. Může tak učinit jen v zájmu člověka, po jeho zhlédnutí, vyslechnutí jeho názoru a s plným uznáním jeho práv. Soud musí vždy spolu s rozhodnutím o omezení svěprávnosti jmenovat opatrovníka. Soud musí konkrétně určit, která jednání mohou nemocného člověka ohrozit, ale zároveň nemůže dotyčného omezit v běžných činnostech každodenního života. Nemůže mu též zakázat přijímat nebo poskytovat drobné dary či mu odejmout věc zvláštní obliby. Omezit svěprávnost lze jen na dobu nejvýše tří let. Po jejím uplynutí musí soud přezkoumat, zda důvody pro omezení svěprávnosti trvají. Výhodou je možnost reagovat na zhoršení nebo zlepšení schopností člověka konat právní úkony (Ryšavková, 2014).

Mnoho osob, které jsou obyvateli domovů pro zdravotně postižené, bylo v minulosti zcela zbaveno způsobilosti k právním úkonům. Pokud bychom se však podrobněji seznámili se skutečnými schopnostmi těchto lidí, často zjistíme, že takový zásah do jejich práv mnohdy neodpovídá jejich skutečným schopnostem. Člověk, který byl zbaven způsobilosti k právním úkonům nemohl činit ani právní úkony zanedbatelného významu. V praxi to pak často vypadalo tak, že si za své peníze nemohl koupit ani drobné věci, také nebylo možno dát či nedat souhlas jiné osobě k jednání v jeho zájmu. Řada z těchto osob je přitom schopná si alespoň v minimální míře obstarat své osobní záležitosti, nakládat v omezeném rozsahu se svými prostředky či koupit věci každodenní potřeby. Zjevné to pak je zejména u osob, které

jsou schopny vykonávat práci, za kterou jim náleží odměna. Měli bychom si uvědomit, že využít, byť jen v omezené míře finanční prostředky, které si tito lidé vydělali svojí prací, je faktorem silně motivujícím (Michalík 2012).

Původním záměrem a cílem bylo osoby s mentálním postižením chránit před případnými důsledky, které tito jedinci nejsou schopni, vzhledem ke své rozumové vyspělosti plně chápat nebo nemohou domýšlet případné následky (Michalík, 2012).

Dle nového systému je kladen důraz na autonomii člověka, ten se tedy může rozhodovat sám za sebe. Klient může udělat i špatná rozhodnutí, aby se mohl učit na špatných zkušenostech. Klient bude mít možnost vybrat si opatrovníka sám. Novela zákona umožňuje využití podporovaného rozhodování, a to díky zavedení institutu „Nápomoci při rozhodování“. Klient si sjedná smlouvu s osobou, která ho bude podporovat, bude mu pomáhat, vyřizovat různé záležitosti, radit mu. Podporovatelem by měla být osoba, které klient důvěřuje. Ve většině případů by klient měl mít podpůrce a pouze ve výjimečných případech bude omezen a ustanoven mu opatrovník (Ryšavková, 2014).

Za určitých okolností je možno člověku s duševní poruchou omezit způsobilost k právním úkonům. Sobek (2007, s. 26) v této souvislosti uvádí „*Samotná existence duševní poruchy by neměla být automatickým důvodem pro omezení ve způsobilosti člověka k právním úkonům*“.

## 2.2.1 Opatrovnictví

V posledních letech v Česku výrazně vzrostl počet lidí, o které se „starali“ opatrovníci. Za osobu, která je nesvéprávná v právních úkonech, jedná její opatrovník, který je soudem ustanovený. Opatrovníkem bývá nejčastěji příbuzný osoby, případně se může jednat i o jinou osobu, která splňuje podmínky ustanovení opatrovníkem. Pokud se takovouto osobu nepodaří najít, soud stanoví veřejného opatrovníka, většinou obecní či městský úřad.

Úkolem opatrovníka je činit za svého opatrovance právní úkony, ke kterým není opatrovanec svéprávný. Může se jednat jak o právní úkony majetkové povahy i právní úkony nemajetkového charakteru. V případě, že opatrovník činí právní úkony v oblasti majetku, které přesahují rámec běžných záležitostí, pak tyto úkony podléhají schválení soudu. Úkolem opatrovníka není v žádném případě to, aby převzal zcela odpovědnost za život opatrovance a nutil ho žít dle jeho představ. Naopak opatrovník by měl vždy vycházet především ze zájmů svého opatrovance, znát a respektovat jeho názory. Cílem tohoto institutu je poskytnout opatrovanci hlavně pomoc při právních úkonech, ke kterým není svéprávný, a tím zajistit

ochranu jeho práv a zájmů. V případě, že by se ukázalo, že takto ustanovený opatrovník jedná v rozporu se zájmy jeho opatrovance soud ustanoví kolizního opatrovníka. Ten bude ustanoven pro konkrétní úkon. Pokud by se ukázalo, že opatrovník jedná dlouhodobě v rozporu se zájmy svého opatrovance či jeho zájmy nezná, měl by být podán návrh k soudu, aby ten rozhodl o změně opatrovníka. Takovýto návrh může podat kdokoliv, kdo je plně způsobilý k právním úkonům a domnívá se, že opatrovník nevykonává svou funkci v zájmu svého opatrovance (Sobek, 2007).

Podle nového Občanského zákoníku vznikl nový právní institut – opatrovnická rada. Jedná se o kolektivní orgán, který má dvě hlavní funkce. Jednak může kontrolovat činnost opatrovníka, a také je to jakýsi informátor soudu ohledně situace člověka omezeného ve své svéprávnosti. Členy opatrovnické rady nemusejí být jen rodinní příslušníci. Může se jím stát i jiná osoba, která o život opatrovance prokáže dlouhodobý zájem a jejíž zájmy neodporují zájmům opatrovance. Zřízení opatrovnické rady je právo, nikoliv povinnost. slouží ke kontrole jednání opatrovníka a výkonu jeho funkce. Opatrovník s opatrovnickou radou konzultuje důležitá rozhodnutí, která mohou vážně ovlivnit život opatrovance nebo zasáhnout do jeho majetkových záležitostí. Pro nejzávažnější rozhodnutí nepostačí ani opatrovnická rada, ale bude třeba schválení soudu ( Ryšávková, 2014).

## 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

*„Ať už má člověk postižení jakéhokoliv druhu, vždy se najde mnoho možností, jak mu pomoci“.*

Susan Kerrová

Zjednodušeně bychom mohli říci, že sociální služby představují jakousi alternativu či doplnění služeb poskytovaných osobami blízkými. Služby jsou prováděny registrovanými poskytovateli služeb a jejich obsahu se věnuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Při poskytování sociálních služeb docházelo od počátku devadesátých let k významným inovacím, ovšem základní model vycházel z paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování. Dřívější právní úprava a z ní vyplývající systém sociální péče tak umožnily lidem, kteří potřebovali tyto služby, využít jen velmi chudé spektrum služeb. Většinou se jednalo o ústavní péči nebo pečovatelskou službu.

Hlavním cílem současné právní úpravy má být vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Zákon o sociálních službách představuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci v určitém druhu nepříznivé sociální situace. Pomocí a podporou se tedy rozumí taková škála činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života (Michalík 2012).

### 3.1 Druhy sociálních služeb

Sociální služby jsou organizovány z hlediska formy jako služby poskytující:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství se dále dělí na poradenství základní a odborné, které představuje samostatnou registrovanou sociální službu. Tu poskytují jednotlivé poradny, které se zaměřují na specifickou cílovou skupinu osob nebo na specifický sociální jev. Základní i odborné sociální poradenství je poskytováno bezplatně.

Služby sociální péče reagují na již existující sociální událost a prostřednictvím své nabídky jsou schopny řešit potřeby osob v oblastech jako poskytnutí stravy, asistence, v oblasti bydlení, podporu v úkonech soběstačnosti. Tyto služby jsou poskytovány za úhradu.

Služby sociální prevence pomáhají předcházet či zmírnit sociální vyloučení osob. Cílem je napomoci těmto osobám překonat jejich nepříznivou životní situaci a zároveň chránit společnost před vznikem a šířením nepříznivých společenských jevů.

Služby se také dělí z hlediska místa poskytování:

- Pobytové
- Ambulantní
- Terénní

Samozřejmě můžeme hovořit i kombinaci výše uvedených přístupů, kdy například služba respitní péče či osobní asistence může být poskytována jak v přirozeném prostředí uživatele, tak i zařízení poskytovatele.

Zařízení sociálních služeb

- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Zařízení pro krizovou pomoc
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- Noclehárny
- Terapeutické komunity
- Sociální poradny
- Zařízení následné péče (Michalík, 2012)

### **3.1.1 Poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb**

Sociální služby jsou podle nového systému poskytovány v základním vztahu, poskytovatel-uživatel. Mluvíme o formální péči. Neformální péči pak máme na mysli péči

poskytovanou osobám v jejich domácím prostředí osobami blízkými. Vztah poskytovatele a uživatele sociálních služeb je jedním z základních vztahů, které péči o osoby s mentálním postižením provází. Základním pilířem vztahu mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem je smlouva o poskytování sociální služby. Každý poskytovatel je povinen splnit řadu podmínek k registraci.

Základní povinnosti poskytovatelů služeb:

- Zajišťovat postupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jímž poskytují sociální služby, o kapacitě a způsobu poskytování sociálních služeb
- Informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby
- Vytvářet podmínky, umožňující osobám, kterým se služba poskytuje naplňovat jejich lidská i občanská práva
- Zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby
- Zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností
- Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob
- Vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí služby
- Dodržovat standardy kvality sociálních služeb
- Uzavřít s osobou dohodu o poskytnutí sociální služby
- Neprodleně písemně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se tak může bez další podpory a pomoci ocitnout v situaci, která ohrožuje její život (Michalík, 2012)

### **3.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o zabezpečení komplexní, zpravidla trvalé



péče. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí. Služby poskytované v domovech pro osoby se zdravotním postižením obsahují tyto základní činnosti a úkony:

- **Poskytnutí ubytování**
  - Ubytování
  - Úklid
- **Poskytnutí stravy**
  - Zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel
- **Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu**
  - Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
  - Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
  - Pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh
  - Pomoc a podpora při podávání jídla a pití
  - Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru
- **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**
  - Pomoc při úkonech osobní hygieny
  - Pomoc při základní péči o vlasy a nehty
  - Pomoc při použití toalety
- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti**
  - Pracovně výchovná činnost
  - Nácvik a upevňování motorických, psychických, sociálních schopností a dovedností
  - Vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání či pracovního uplatnění
  - Volnočasové a zájmové aktivity
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**
  - Podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů
  - Pomoc při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách, které podporují sociální začleňování osob
- **Sociálně terapeutické činnosti**

- Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností či dovedností podporujících sociální začleňování osob
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**
  - Pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů (Králová, Rážová 2012)

### 3.3 Transformace pobytových sociálních služeb

Po roce 1989 docházelo k postupné k proměně ústavní péče až k současnému zakládání podporovaného bydlení a transformaci velkých ústavů. Některé z těchto změn byly iniciovány vládou, změnami legislativy, odbornou diskusí, konfrontací se zahraničními zkušenostmi, jiné například zkušenostmi managementu.

Světové trendy v péči o osoby s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech či za pomoci osobních asistentů (Švarcová, 2006).

Podmínky v ústavních zařízeních nedovolují vždy poskytovat kvalitní podporu dle individuálních potřeb každého uživatele, ochranu jejich práv ani začlenění do běžného života. Transformace představuje změnu v sociálních službách tak, aby odpovídaly současným potřebám jejich uživatelů. To znamená klást důraz na nepobytové sociální služby. U pobytové služby péče zajišťovat bydlení v přirozeném prostředí, běžných podmínkách. Role sociálních pracovníků se mění velice významným způsobem, to znamená, že celý systém sociálních služeb přechází od medicínského modelu a od rozhodování za člověka, k pojetí, které staví na asistenci, doprovázení a uschopňování. Na významu také nabývají kompetence zaměřené na komunikaci s uživatelem, na jeho schopnost navazovat a udržovat vztahy, na vytváření podmínek pro život uživatele v běžném prostředí. Další oblastí, která se přímo dotýká samotných uživatelů, jsou změny z oblasti spravedlnosti. Zejména navrácení způsobilosti k právním úkonům, toto úzce souvisí se změnami ve školství, jako je zajištění integrovaného vzdělávání., které naplňuje právo lidí s mentálním postižením a také přispívá k odstraňování předsudků a stereotypů. V rámci transformace je rovněž poskytovaná podpora pro pracovníky

těchto zařízení, která spočívá především ve vzdělávání, supervize či možnosti stáží (Kafka, 2013).

Deinstitucionalizace mění ústavní péči v péči komunitní, vytváří sociální služby zaměřené na individuální potřeby a požadavky každého uživatele a na jeho začlenění do běžného života společnosti. Zajišťuje, aby uživatelé nebyli vystavováni negativním vlivům ústavní péče. Cílem deinstitucionalizace je vytvořit kvalitní, dostupný, moderní a efektivní systém sociálních služeb a dávek sociální pomoci odrážející změny ve společnosti a srovnatelný s ostatními systémy ve vyspělých zemích. Koncepce sociálního zabezpečení směřuje především k širší nabídce služeb podporující setrvání občana se zdravotním postižením ve vlastní domácnosti, umožňující mu vést samostatný život a zároveň spolurozhodovat o formě a rozsahu poskytované péče (Franiok, 2008).

### **3.3.1 Standardy kvality sociálních služeb**

Standardy kvality sociálních služeb byly v České republice připraveny jako metodický materiál Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2002, představovaly pokrok oproti předchozímu stavu, kdy neexistovalo žádné objektivní a použitelné měřítko pro hodnocení takřka žádného aspektu spojeného s poskytováním sociálních služeb (Michalík 2012).

Standardy kvality sociálních služeb mohou být prostředkem, jak organizace mohou hodnotit svoji práci. Bude možné tak rozlišovat, jak jsou které služby kvalitní. To by mělo usnadnit lidem s postižením a jejich rodinným příslušníkům výběr vhodné služby či vhodného zařízení. Organizace by měla mít stanoveny měřitelné cíle. Pak je možno hodnotit, jak se tyto cíle daří naplňovat. Také individuální cíle formulované podle potřeb jednotlivých uživatelů by měly být měřitelné a současně by měly odpovídat cílům organizace. Uživatel by měl samozřejmě být zapojen do přímého rozhodování o službě (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010).

Základem pro definování standardů kvality sociálních služeb jsou zákonem stanovené povinnosti poskytovatelů. Jedná se o tyto standardy:

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

- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytované služby sociální služby na další dostupné zdroje
- Personální a organizační zajištění sociální služby
- Profesní rozvoj zaměstnanců
- Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- Informovanost o poskytované službě
- Prostředí a podmínky
- Nouzové a havarijní situace
- Zvyšování kvality sociální služby (Králová, Rážová, 2012)

Sociální služby v jejich současném modelu poskytování představují změnu oproti stavu do roku 2006. Mnohdy se jedná o změnu k lepšímu. Je však skutečností, že například ústavní zařízení pro mentálně postižené uživatele trpí stejnými nedostatky jako v minulosti. Nedostatek personálu, jeho nízké mzdy a mnohdy žádná kvalifikace, malý počet odborného personálu, vysoký počet ubytovaných na jednom pokoji a další faktory, vedou k tomu, že ústavní zařízení jsou stále negativně charakterizovaná (Michalík, 2012).

### **3.4 Individuální plánování v sociálních službách**

Plánování služby vnímáme jako proces, dialog, kontakt, ve kterém se setkává uživatel služby na jedné straně a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele na straně druhé. V procesu plánování služby se zrcadlí poslání organizace, její cíle, okruh osob i zásady sociální služby. Individuálním plánováním služby můžeme zjednodušeně vysvětlit jako proces dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována. V širším slova smyslu tedy plánováním sociální služby rozumíme každé domlouvání postupu mezi pracovníkem a uživatelem služby. Jedná se o situaci, v níž pracovník nesetrvává na mocensko-expertní pozici, ale na způsobu poskytování sociální služby se spolu s uživatelem domlouvá. V užším slova smyslu se pak jedná o pravidelný, předem sjednaný cílený dialog tzv. klíčového pracovníka a uživatele služby, ve kterém vyhodnocují průběh poskytování služby a plánují, jakým způsobem bude způsob jejího poskytování reagovat na aktuální cíle a potřeby uživatele (Bicková, 2011).

Individuální plánování má svůj vývoj, začíná při jednání se zájemcem o službu. Má svou dynamiku, proces je kontinuální a strukturovaný a je důležité, že je předem dojednaný,

účastníci tedy vědí, co a jak se bude dít, k čemu směřují a kdo z nich má za co odpovědnost. Samotný proces vzniku individuálního plánování je důležitější než existence plánu. To co se děje či neděje při individuálním plánování mezi uživatelem a pracovníkem má zásadní vliv na budoucí stav, tedy zda vzniklý individuální plán bude funkční, či zda se bude jednat pouze o formální list papíru (Bicková, 2011).

## 4 SOCIALIZACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Opravdová integrace nastane tehdy, až o ní nebudeme muset mluvit“.*

Ivo Šelner

Socializace je jednou ze základních podmínek integrace. Lze jí chápat jako proces celoživotně probíhajícího zespolenšťování člověka, proces ve kterém si jedinec osvojuje potřebné společenské chování či potřebné společenské znalosti a dovednosti vlivem všech možností, které poskytuje prostředí. Do socializace osob s mentálním postižením vstupují jejich vlastní osobnostní deficity i faktory skutečného sociálního prostředí (Valenta, Müller, 2009).

Integrace se týká jednak samotné osobnosti a jednak jeho socializace. Možnosti integrace jsou různé. Za vnější výraz integrace jsou považovány partnerské vztahy a rovněž s nimi spojené společensky uznávané schopnosti a aktivity mentálně postiženého. Za podstatnou je požadována schopnost, alespoň dílčím způsobem se uplatnit v hlavním proudu společenských aktivit. Zde máme na mysli zejména práci v jejich nejrůznějších podobách. Mírou těchto aktivit je obvykle podmiňován společenský status osoby s mentálním postižením. Socializace je podstatným rysem sociální integrace. V našich podmínkách již v polovině sedmdesátých let Miloš Sovák vymezil a odstupňoval socializaci:

1. Stupeň socializace – integrace
2. Stupeň socializace – adaptace
3. Stupeň socializace – utilita
4. Stupeň socializace – inferiorita

Od tohoto pojetí sociální integrace se v současnosti upustilo. Franiok (2008, s. 48) uvádí stupně socializace dle (Wooda 1980 a Jesenského 1993), které vychází z propracovanějšího odstupňování Mezinárodní zdravotnické organizace, ta ve své kvalifikaci považuje za hlavní kritérium míru narušení sociálních vztahů:

1. Sociálně integrovaný – zahrnuje plnou účast ve všech obvyklých společenských vztazích a činnostech
2. Inhibovaná účast – zahrnuje osoby, u kterých existence poruchy, případně snížení schopnosti, vyvolává ne zcela specifickou nevýhodu, která jim může bránit, avšak nikoliv znemožnit, v účasti v plném rozsahu obvyklých společenských činností, může také znamenat určité odchylky v chování
3. Omezená účast – zahrnuje osoby, které se nepodílí v plném rozsahu na obvyklých společenských činnostech

4. Zmenšená účast – zahrnuje osoby, které nejsou schopny navázat náhodné kontakty, jejich společenské vztahy jsou tedy omezeny na primární a sekundární vztahy
5. Omezené vztahy – zahrnují osoby, které mají potíže se zachováním sekundárních kontaktů
6. Redukované vztahy – zahrnují osoby, které jsou schopny udržovat vztahy pouze k osobám primárně vyznačeným. Tyto osoby mají často narušené chování
7. Narušené vztahy – zahrnuje osoby, které nejsou schopny udržovat vztahy s jinými lidmi, mají poruchu nebo disadaptabilitu, která jim brání v rozvoji normálních společenských vztahů. Těmto osobám špatná přizpůsobivost v chování znemožňuje koexistenci a integraci do obvyklého domova a rodiny
8. Společensky izolované – zahrnuje osoby, u kterých je schopnost společenských kontaktů ne zjistitelná pro jejich izolovanost

Při aplikaci této klasifikace na osoby s mentálním postižením je zjevné, že tyto nelze přesně zařadit k jednotlivým stupňům. Důvodem je jedinečnost těchto osob a nerovnoměrnosti ve vývoji (Franiok, 2008).

## **4.1 Kvalita života**

Tento pojem je poměrně nedávný a vznikl z programu Světové zdravotnické organizace. Nejde o pojem přesně definovatelný. Pokud bychom si představili kvalitu života graficky, může to být třeba čára, probíhající v čase na stupnici, kde nejnižší pessimum je smrt a optimum v nekonečnu. Kvalitu života ovlivňuje zdraví, inteligence, věk, pohlaví, rodinná situace, žebříček hodnot jednotlivce, ekonomická situace, země, ve které se život prožívá (Pavlů, 1996).

Na koncept kvality života lze nahlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V posledních letech se odborníci přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života. Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání jeho svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je tedy závislá na jeho osobních cílech, zájmech a očekáváních (Dvořáčková, 2012).

Světová zdravotnická organizace rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum či postižení. První okruh zahrnuje fyzické zdraví a úroveň samostatnosti. Druhý okruh obsahuje psychické zdraví a duchovní stránku. Ve třetím okruhu jsou obsaženy sociální vztahy a čtvrtý okruh zahrnuje prostředí (Dvořáčková, 2012).

Nejčastěji zdůrazňovaný faktor ovlivňující kvalitu života je zdraví. Zdraví či naopak nemoc vždy výrazně determinuje způsob prožívání života. Nejzávažnějším důsledkem nemocnosti je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby či dlouhodobou institucionalizaci. Při zdravotním postižení kvalita života klesá a pokud přechází do větší disability, počne být člověk handicapovaný. Udržet kvalitu života i za těchto okolností na pokud možno dobré hladině je cílem rehabilitace. Kvalitu života tedy můžeme chápat také jako ukazatel dosažitelných možností. Pojem si můžeme rovněž vyložit jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se především naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě (Dvořáčková, 2012).

V mezinárodní klasifikaci IC IDH je uvedeno šest hlavních handicapů. Z opačného pohledu jsou to právě ony základní faktory, které určují kvalitu života. Posuzujeme vždy člověka v konkrétním prostředí mezi konkrétními osobami a ve společenském milieu, které je dáno zákonodárstvím, civilizačními vymoženostmi, kulturními zvyklostmi a současně poruchami posuzovaného. Výslednicí je vnitřní stav a pocit člověka, zda více či méně vnímá svůj život jako kvalitní či nekvalitní vzhledem k rozsahu handicapu (Pavlů, 1996).

- **Orientační handicap** – Kvalita upraveného životního prostředí. Jde o dostupnost technických pomůcek, přehlednost veřejných budov a prostranství, dostupnost základních informací o legislativních opatřeních a jejich srozumitelnost. Na co má handicapovaný člověk právo a jak toho dosáhne. Zjišťuje se i to, jak je společnost celkově naladěna pomáhat takovýmto jedincům. Jde o ideu nezávislého života, která je nejdůležitějším ukazatelem kvality života.
- **Fyzická nezávislost** – Tento handicap se projevuje na celkové pohyblivosti handicapovaného. Dá se kompenzovat pomocí moderní techniky. Techniku musí někdy nahradit druhá osoba, na kterou je pak člověk mnohdy zcela závislý.
- **Pohybovat se ve svém okolí** – Jde o omezení, které úzce souvisí s předchozím, ale je nutno jej posuzovat samostatně, abychom zjistili jaký je akční rádius jedince.



- **Zaměstnání** – Rozumí se zde zaměstnanost během celého dne. Nejde tedy jen o výdělečnou práci a nejde jen o produktivní věk. Jde stejnou měrou o čas věnovaný zábavě a odpočinku, zájmy a jejich realizaci po pracovní době.
- **Společenská integrace** – Jde o kvalitu společenských vztahů. Hodnotíme kvalitu života v rodinném prostředí, možnost sexuálního života, rodičovství, navazování známostí na nejrůznější úrovni. Posuzuje se zde možnost výdělečné činnosti, jak se společnost staví k handicapovaným.
- **Ekonomická nezávislost** – Analyzujeme všechny možné zdroje, které postižený má a může dostat, poněvadž jeho život je finančně mnohem náročnější než život člověka zdravého (Pavlů, 1996).

## 4.2 Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Právo na práci, právo získat prostředky pro své životní potřeby prací je jedním ze základních lidských práv. Příležitosti pro pracovní uplatnění lidí ve společnosti však nejsou rovné. Lidé se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním mají přístup na trh práce velmi ztížen.

Pipeková (2006, s. 293) uvádí následující „*Jednou z nejzávažnějších otázek týkajících se osob s mentálním postižením je problematika jejich zaměstnávání. Uplatnění osob s mentálním postižením na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejde jen o ekonomickou situaci, sociální status, ale také o vlastní seberealizaci. Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého*“.

Vstup na volný trh práce je jedním z nejdůležitějších projevů společenské emancipace osob s mentálním postižením, především proto, že jim poskytuje zvýšení sebeúcty a sebevědomí, větší kontrolu nad vlastním životem, rozšíření okruhu zájmu či nové sociální kontakty, sociální výhody, zlepšování každodenních dovedností, lepší naplnění představ o vlastním pracovním uplatnění, lepší využití vlastních schopností, flexibilní podporu, podporu role dospělého člověka, možnost získat společenský respekt, přirozené zapojení do běžné společnosti, větší jistotu (Valenta, Müller, 2009).

Podporované zaměstnání je specifický program, který se vyznačuje těmito znaky:

- Okamžité umístění na pracovní místo

- Trénink přímo na pracovišti
- Konkurenceschopná práce
- Zaměstnání v běžném pracovním prostředí
- Průběžná podpora
- Podpora uskutečňována dle reálných možností klienta
- Aktivní přístup uživatele služeb (Jahnová, 1999 in Valenta, Müller, 2009)

Ke speciálním programům podporovaného zaměstnání patří i Tranzit. Jde o program určený pro žáky posledních ročníků škol, jehož základem jsou individuální praxe na pracovištích běžných subjektů otevřeného trhu práce.

Ke vstupu na volný trh práce je nutná osobní připravenost adeptů. S touto osobní přípravou souvisí řada výchovně- preventivních aktivit směřujících k budování schopnosti převzít odpovědnost za vlastní život (Valenta, Müller, 2009).

Další možností jsou chráněná pracoviště a chráněné dílny, v nich lidé s postižením nejsou vystavováni běžným podmínkám trhu práce. Uživatelé pracují společně, v případě potřeby jim pomáhá asistent. Lidé mají možnost naučit se některým pracovním dovednostem. Jejich spolupracovníky jsou lidé s postižením (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2010). Podle definice MPSV ČR jsou chráněné dílny specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na volném trhu práce. Chráněná dílna je definována jako pracoviště zaměstnavatele, které je vymezeno na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnání osob se zdravotním postižením (Pipeková 2006).

### 4.3 Ucelená rehabilitace

Můžeme konstatovat, že o ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možno léčbou plně odstranit.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace „*Včasná, plynulá a koordinovaná úsilí o co nejrychlejší a o co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*“.

Abychom mohli mluvit o ucelené rehabilitaci, musí se tato skládat z několika složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeny (Votava 2003).

### **4.3.1 Léčebná rehabilitace**

Je zajišťována zdravotnickými léčebnými zařízeními. Jejím cílem je provádět léčbu a odstraňovat následky nemoci či úrazu. Má za úkol zlepšit funkční stav, tedy odstranit či zmírnit poruchu či disabilitu. Podílí se na ní tým odborníků, který by se měl skládat především z lékaře, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, klinického psychologa, sociální pracovníce, speciálního pedagoga, protetického technika a v případě, že se jedná o pacienta s narušenou komunikační schopností i klinický logoped.

Votava (2003) do léčebné rehabilitace řadí například tyto postupy:

- Aplikace léků
- Léčebná tělesná výchova
- Fyzikální terapie
- Ergoterapie
- Poradenská činnost
- Psychoterapie

### **4.3.2 Sociální rehabilitace**

Je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.

Sociální integraci nutno chápat jako snahu o to, aby všechny osoby se zdravotním postižením byly přijímány jako součást společnosti. Základní společenskou jednotkou je rodina, proto je významným cílem sociální rehabilitace podporovat rodinu a vnitrorodinné vztahy, a to zvláště v rodině, kde se narodilo postižené dítě. Významným programem je raná péče. Dalším významným předpokladem pro integraci je vzdělávání a výchova široké veřejnosti k tomu, aby přijímala, chápala potřeby zdravotně postižených jedinců. Samostatnost a soběstačnost spočívá především ve schopnosti osob se zdravotním postižením rozhodovat o vlastním životě, dosahovat zvolených cílů, uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. Nezbytnou součástí sociální rehabilitace je poradenství.

Cílem sociální rehabilitace je tedy vyrovnat se svým postižením, pokusit se přizpůsobit nárokům společnosti, začlenit se do pracovního procesu a být tak platným členem společnosti. Úspěšnost sociální rehabilitace ovlivňuje řada faktorů jako například kompenzační pomůcky, ekonomické a materiální podmínky (Votava 2003).

### **4.3.3 Pedagogická rehabilitace**

Je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky. Cílem je tedy dosáhnout u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti. Dosažení potřebné úrovně a obsahu vzdělávání je obvykle jedním z důležitých rehabilitačních cílů, a to nejen u dětí školního a dorostového věku, ale i v dospělosti, kdy doplnění vzdělání či rekvalifikace zvyšuje možnost perspektivního pracovního uplatnění osoby se zdravotním postižením. Významnou součástí pedagogické rehabilitace je oblast volného času a zájmové činnosti. Důležitou zásadou pedagogické rehabilitace je včasnost jejího zahájení, to se pak pozitivně promítne v životní perspektivě osoby se zdravotním postižením. Je tedy nutno zdůraznit, že u každého člověka existuje oblast, která může být rozvíjena. Podstatné je tuto potenci nalézt a vhodnými metodami na ní pracovat (Votava 2003).

### **4.3.4 Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitace je definovaná zákonem o zaměstnanosti jako soustavná péče, poskytovaná občanům se zdravotním postižením, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání. Pracovní rehabilitace zahrnuje:

- Poradenskou činnost při volbě povolání nebo jiného uplatnění
- Přípravu pro pracovní uplatnění
- Umísťování do zaměstnání
- Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání

Přizpůsobováním pracovního prostředí a pracovních nástrojů pracujícímu člověku a odstraňováním možných negativních důsledků práce na zdraví se zabývají ergonomové. To je zvláště důležité u osob se zdravotním postižením, kde individuálně přizpůsobené pracoviště a pracovní nástroje jsou mnohdy nezbytností a také časové rozvržení práce je nutno přizpůsobit zvýšené únavě a dalším omezením (Votava 2003).

## 5 PODPORA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

*„Řekni mi a já zapomenou, ukaž mi a já si zapamatuji, nech mne to udělat a já pochopím“*

čínské přísloví

V této kapitole bych chtěla zmínit některé oblasti, kterým se v domovech pro osoby se zdravotním postižením věnuje zvýšená pozornost. Všechny tyto činnosti směřují k tomu, aby je uživatel v rámci svých možností zvládl, a zároveň jsou nezbytné k tomu, aby se snížila jeho závislost na druhých osobách a on mohl být posunut do návazných služeb.

### 5.1 Zásady práce s uživatelem

Je nezbytné mít na paměti, že základem práce je vlastní motivace uživatele, musíme vycházet z jeho přání a potřeb. Pokud nebude uživatel řádně motivován, nácvik zpravidla nezvládne. Aktivitu je nutno plánovat a realizovat vždy s ohledem na aktuální zdravotní stav a náladu uživatele. Musíme respektovat schopnost jedince se soustředit, dát dostatek času na odpočinek. Komunikovat s uživatelem je nutno adekvátně jeho věku. Není tedy účelné s dospělým člověkem zacházet jako s dítětem. Další důležitou zásadou je zvolit vhodnou pracovní polohu pro konkrétní aktivitu. Ta pak ovlivňuje zejména pracovní výdrž a schopnost soustředit se. Začínáme s tím, že zjistíme, co uživatel o problematice ví, postupně tyto informace doplňujeme a vysvětlujeme. Nejprve daný úkol vysvětlíme, pak necháme uživatele, aby se snažil poradit si sám. Podle toho jak danou činnost zvládne, stanovíme vhodnou míru podpory. Je nutné počítat s tím, že některé aktivity mohou být pro uživatele velice náročné například proto, že jsou příliš abstraktní nebo vyžadují specifické dovednosti. Je nezbytné, aby pracovníci byli velice trpěliví. Aktivitu je nutno opakovat několikrát, přizpůsobovat tempo a náročnost individuálním schopnostem uživatele. Aktivitu nesmí být příliš složitá. Uživatel musí mít šanci uspět. Postupovat musíme po malých krocích, nezadávat celý úkol naráz. Všechny nově osvojené znalosti a dovednosti je nezbytné s uživatelem procvičovat vždy, když bude příležitost. Trénink nesmí být stresující a nepřirozený. Volíme tedy procvičování v běžných situacích vycházejících z uživatelova života. O tom, co nového se jedinec naučil, seznamujeme jeho blízké, ti ho pak můžou v nově nabytých dovednostech podporovat (Solovská, 2013).

## 5.2 Oblasti podpory osob s mentálním postižením

Oblasti podpory jsem zpracovala dle Solovské, dále jsem využila Profil uživatele - materiál domova pro osoby se zdravotním postižením BETEZDA Komorní Lhotka.

### 5.2.1 Péče o vlastní osobu

Jedním z projevů samostatnosti člověka je nepochybně péče o sebe, svůj zevnějšek, své zdraví. Samostatnost a pocit kompetentnosti zlepšují prožívání člověka, snižují působení tenze a stresu. Člověk se cítí sebejistý, má důvěru ve vlastní schopnosti a dovednosti. V oblasti zdraví a péče o sebe jsou lidé s mentálním postižením často nadměrně opečovávaní. Často se dostávají do situací, kdy nemají možnost realizovat péči o sebe ani v nejnižší pro ně možné míře a stávají se tak velmi závislými na pomoci druhých. Podpora samostatnosti a poskytování informací o péči o sebe může působit preventivně. Každý člověk má mít právo pečovat o sebe tak, aby se cítil příjemně, tedy naplňovat své potřeby pro spokojený a kvalitní život. Má mít i právo ovlivňovat péči o sebe poskytovanou jinou osobou tak, aby odpovídala jeho potřebám a představám (Solovská, 2013).

- **Oblékání a péče o zevnějšek** (oblékání, svlékání, výběr vhodného oblečení vzhledem k ročnímu období a počasí, správné vrstvení oblečení, výměna prádla, zapínání, obouvání)
- **Péče o zdraví** (lidské tělo, co je to zdraví, co je nemoc, péče o zdraví, dodržování léčebného procesu, bolest, provádění drobného ošetření)
- **Mobilita** (pomoc při přesunu na lůžko, pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, chůze, používání bariérových dopravních prostředků)
- **Stravování** (konzumace jídla, porcování jídla, přenesení jídla a pití, pití nápojů, nalévání nápojů, dodržování dietního režimu)
- **Orientace** (dny v týdnu, roční období, poznávání hodin, orientace v neznámém prostředí, bezpečný pohyb v obci, městě, přecházení přes ulici, cestování dopravními prostředky, poznávání a rozeznávání osob)
- **Havarijní situace** (telefonní nouzová čísla, požádat o pomoc, telefonování )

## 5.2.2 Komunikace

Komunikace jako proces v sobě skrývá mnohé roviny, jejichž prostřednictvím je vnímaná a na nichž probíhá. O komunikaci mluvíme v případě užívání jazyka, mimiky, těla, pohybů, sociálního chování a konání za účelem sdělení, navázání kontaktu a podobně. U osob s mentálním postižením je komunikace prostředkem i cílem učení a rozvoje sociálních kompetencí. Abychom mohli s člověkem s mentálním postižením ve vztahu, podporovat jej, rozumět mu, chránit nebo ovlivňovat jej musíme být schopni s ním komunikovat a zároveň on musí být schopen naši komunikaci vnímat, rozumět jí a mít prostředky a možnosti jak na nás reagovat. Existuje mnoho metod a technik, které podporují komunikaci, aby však byly efektivní musí být postaveny na fungujících kognitivních procesech. Proto by měl rozvoj komunikace jedince s mentálním postižením zahrnovat komplex úkolů a situací, které posilují jednotlivé poznávací procesy a zároveň je spojují v přehledné osobní zážitky a zkušenosti. Prostřednictvím sociálních situací se rozšiřuje aktivní i pasivní slovní zásoba a zároveň se lépe a rychleji vytváří spojení mezi teorií a praxí (Solovská. 2013).

- **Základy mezilidské komunikace** (vykání, tykání, pozdravy, oslovení, oční kontakt, poděkování, střídání komunikačních partnerů, dotazování na nejasnosti)
- **Rozvoj slovní zásoby** (pojmenování věcí, komentování činností, popis obrázků, přiřazení obrázků ke grafické podobě slova)
- **Schopnost porozumění a dorozumění** (dorozumění se mluvenou srozumitelnou řečí, porozumění mluvenému slovu, porozumění psanému slovu, využívání metod alternativní a augmentativní komunikace, používání komunikačních prostředků)
- **Komunikace se společenským prostředím** (komunikace se známými lidmi, komunikace s cizími lidmi)

## 5.2.3 Život v domácnosti a rizika v každodenním životě

Široká veřejnost často podléhá představě, že osoby s mentálním postižením musí být ochraňovány před rizikovými a nebezpečnými situacemi, protože nejsou schopni riziko vidět, rozpoznat a adekvátně na ně reagovat. Lidé s mentálním postižením mají často nedostatek informací o tom, jak se v různých životních situacích zachovat. I každodenní, běžné situace se tak pro ně mohou stát rizikovými či nebezpečnými. V souvislosti s preventivním působením je tedy nezbytné možné rizikové chování a situace zrealnit, zkonkrétnit (Solovská, 2013).

- **Příprava drobného jídla** (vaření, ohřátí jídla, zdravé stravování)
- **Úklid a péče o šatstvo** (drobný úklid na pokoji, úklid ve skříni a nočním stolku, praní, žehlení, třídění, drobná úprava prádla)
- **Úklid domácnosti** (mytí a utírání nádobí, zametání, vysávání, nakládání s odpady, utírání prachu)
- **Manipulace s elektrospotřebiči** (manipulace s kohoutky, vypínači, zámky, manipulace s žehličkou, varnou konvicí, elektrickým sporákem, vysavačem, fénem, nabíječkou atd.)
- **Způsob hospodaření s financemi** (poznat hodnotu peněz, věcí, hospodaření s příjmem, nakupování v obchodě)
- **Domácí prostředí** (osoby v bezprostředním okolí, cizí osoba, rizika domácnosti)

#### 5.2.4 Využívání veřejných míst a služeb

Poznání toho jací jsme a jak se chováme se utváří v průběhu poznávání kultury, hodnot, pravidel či postojů ve společnosti kde žijeme. Normy a pravidla mohou být v některých ohledech odlišná od norem konkrétní rodiny. Pro člověka s mentálním postižením se mohou jevit jako nepřehledná. Pro pochopení společnosti i našeho místa v ní musíme být schopni orientovat se ve složitých vztazích mezi kulturou, administrativou, službami a zvyky, povinnostmi a právy. Postupné získání různorodých sociálních zážitků a jejich neustálé zrealňování v podobě vlastního chování pomáhá jedinci s mentálním postižením chápat abstraktní vztahy ve společnosti a lépe se v nich orientovat. Člověk s mentálním postižením je tak více jistý v neznámých situacích, lépe se orientuje a dokáže snáze pochopit a vnímat své místo ve společnosti. Stává se součástí společnosti, není plně závislý na péči a pomoci. Stává se pro společnost přínosem a zároveň dokáže mít ze společnosti užitek sám pro sebe (Solovská, 2013).

- **Využívání služeb v místě** (pošta, banka, obchody, restaurace, úřady, kadeřník, knihovna, pedikúra..)
- **Návštěva zdravotnických zařízení** (znalost jmen lékařů, místa ordinací)
- **Zapojení se do života v místě** (návštěva kulturních a společenských akcí v okolí, návštěva církve, návštěva rodiny a blízkých)



## 5.2.5 Osobní aktivity, práce

Trávení volného času určitým způsobem pozitivně ovlivňuje osobnost, učení, jednání a tedy i zrání a rozvoj člověka. Situace, kdy je člověk s mentálním postižením motivován pro něj zajímavou a přiměřenou činností k aktivitě, zvyšuje jeho sebevědomí, naplňuje psychické i sociální potřeby, pomáhá k osamostatnění a následnému uspokojování základních fyzických potřeb. Zaměstnání osob s mentálním postižením pak můžeme vnímat jako komplex, který v sobě spojuje více rovin. Jsou tu dovednosti a schopnosti člověka, který chce být zaměstnán, jeho motivace pro práci či dosažené vzdělání. Možnosti i motivace jeho blízkých, pečujících osob pro to, aby byl proces zaměstnání úspěšný. A také nároky společnosti, pravidla a hodnoty, které společnost od zaměstnaného člověka očekává (Solovská, 2013).

- **Denní režim, volný čas, povinnosti** (stanovit si a dodržovat denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, motorické dovednosti, psychické dovednosti)
- **Zaměstnání** (jak najít zaměstnání, ujasnění představy o budoucím povolání, životopis, vstupní pohovor, vztahy a pravidla na pracovišti)

## 5.2.6 Přátelské a partnerské vztahy, rodina

Potřeba a možnost mít blízké vztahy s jinými lidmi vytváří kvalitu života každého člověka. Hloubka blízkosti a porozumění, které s druhým člověkem sdílíme ovlivňuje to, kým se pro nás daná osoba stává. Lidé s mentálním postižením nejsou žádnou výjimkou a mají stejné sociální potřeby jako každý z nás. Stává se pro ně obtížné to, že nejsou schopni zachytit individuální rozdíly v používání slova kamarád, partner, přítel, a tím se mohou ve vztazích s jinými lidmi poněkud ztrácet. Může docházet k situacím, kdy nejsou jednotlivé role ve vztahu pochopeny stejně a navázání vztahu tím může být i znemožněno. Pro osoby s mentálním postižením je důležité orientovat se ve slovních označeních jednotlivých lidských vztahů a rozumět rolím, citům, očekáváním, které mohou tyto vztahy přinášet (Solovská, 2013).

- **Přátelství a partnerství** (kdo je můj kamarád, rozdíl mezi kamarádstvím a partnerstvím, představy o vztahu, vývoj vztahu)
- **Rodina** (co je to rodina, kdo tvoří rodinu, pojmenování lidí dle rodinných vztahů, pravidla a zvyklosti)

### 5.3 Příprava uživatele na přechod do vyšší formy bydlení

Přípravou rozumíme proces, ve kterém uživatele připravujeme na postupný přechod do dalších návazných služeb či ke změně poskytovatele služby v rámci stejné podpory.

Klíčovou osobou pro plánování přechodu je samotný uživatel, jehož se přechod týká. Tato osoba musí být aktivně zapojena do všech fází přechodu a zároveň musí mít kompetence rozhodovat o tom, jak bude samotný přechod probíhat. Důležitá je motivace člověka to znamená, že ten musí přechod chtít, musí se na něm aktivně podílet. Má také právo rozhodnout o formě a způsobu přechodu. Zároveň je nezbytné, aby měl uživatel veškeré informace o všech možnostech přechodu, jeho kladech záporech, rizicích, které mohou nastat. Informace musí být přizpůsobeny tak, aby jim uživatel porozuměl. Uživatel má také právo v procesu plánování přechodu vyslovovat souhlas či nesouhlas s jednotlivými kroky. Má právo zvolit si osoby, které se budou na procesu podílet.

Další neméně důležitou osobou, která má na proces přechodu nemalý vliv, je osoba blízká. Jedná se většinou o rodinného příslušníka, kamaráda, tedy osobu, která je jedinci blízká, důvěrná, zná jeho příběh, touhy a přání. Tato osoba hraje velmi významnou roli, tím, že uživatele zná, může ho motivovat, ale i podpořit v jeho novém prostředí či při případných nezdarech a obtížích. Může se aktivně zapojovat do plnění plánu přechodu tím, že například doprovází uživatele na úřady, pomáhá mu při nácvicích dovedností, navrhuje vhodná řešení problémových situací.

Podstatný vliv na přechod mají i pracovníci služby, ze které uživatel odchází. Jedná se nejčastěji o pracovníka v sociálních službách, který bývá i klíčovým pracovníkem a podílí se na procesu individuálního plánování. Tento pracovník se aktivně podílí na sestavení, realizaci a hodnocení plánování přechodu uživatele a koordinuje tento proces. Zná osoby blízké a spolupracuje s nimi. Mapuje prostředí sociální služby, do které uživatel přechází a spolupracuje s touto službou. Poskytuje základní sociálně právní poradenství a také spolupracuje se všemi zúčastněnými, kteří jsou do procesu zapojeni, navrhuje vhodná řešení.

Nezbytné je také zmínit osobu opatrovníka, ta musí mít dostatečné množství informací o celém přechodu uživatele, měla by být přechodu nakloněna a je nutné, aby spolupracovala se všemi zúčastněnými osobami. Proces přechodu může být negativně ovlivněn nebo zkomplikován opatrovníkem, který rozhoduje v neprospěch uživatele, a tím více či méně porušuje jeho práva.

Dalším faktorem, který ovlivňuje přechod jedince, jsou pracovníci služby, do které uživatel přechází. Jedná se osoby, v jejichž zájmu je zdárný přechod do jejich služby, a které

mohou svým přístupem zásadně ovlivnit celý proces přechodu. V první fázi jsou pro uživatele, přecházejícího do nové služby, neznámí lidé a proto je důležité jejich vstřícné chování a jednání vůči uživateli. Tito pracovníci spolupracují se všemi klíčovými osobami za účelem získání nezbytných informací k uskutečnění zdárného přechodu. Pracovníci pracují s nastaveným plánem přechodu a stanovují nové cíle v rámci dalšího plánování podpory. Navštěvují tyto osoby v prostředí, ze kterého odchází a zároveň umožňují návštěvy ve službě, kam přechází.

Nezbytnou podmínkou pro úspěšný přechod je také vliv laické i odborné veřejnosti. Jedná se o osoby, organizace i instituce, které v novém prostředí působí, žijí a mohou se s uživatelem setkávat, poskytovat mu veřejně dostupné služby, podporu. Při práci s veřejností je důležité, aby podpora byla co nejpřirozenější a člověk nezískal nálepkou osoby s postižením. Je vhodné, aby docházelo k intervenci jen v případě, že člověk některé situace sám nezvládá a zároveň s podporou souhlasí.

Při zpracování této podkapitoly jsem vycházela z vnitřních pravidel služby BETAZDA Komorní Lhotka - Metodika plánování přechodu.

### **5.3.1 Proces plánování a realizace přechodu**

Přechod začínáme plánovat, když stávající život a podmínky uživateli již nevyhovují a ten se rozhodne, že chce uskutečnit přechod. Středisko mu tedy nabídne možnosti přechodu do návazných služeb dle jeho možností a schopností. Důvodem je tedy změna, která nastává z vnitřních potřeb člověka nebo ze změn vnějších okolností. Fáze přechodu jsou následující:

- 1. Rozhodnutí** - Byly zmapovány potřeby, očekávání a zdroje uživatele, došlo k informovanému rozhodnutí, to znamená, že člověk ví, kam bude přecházet, jak bude vypadat jeho další život.
- 2. Sestavení týmu na přechod** – Sestavit kvalitní tým, který uživateli zajistí dostatečnou podporu, tým musí pracovat se všemi riziky, vzájemně spolupracovat, dodržovat dohodnutá pravidla, úkoly a respektovat vymezené kompetence. Hlavním cílem a úkolem týmu je sestavit Plán přechodu. Ten je sestavován na základě objektivního zjišťování potřeb a očekávání uživatele, s důrazem na respektování principů normality a udržitelnosti sociálních vazeb a přirozeného prostředí uživatele s přijetím přiměřených rizik.

3. **Realizace plánu přechodu** – Důležitá vzájemná spolupráce a podpora všech zúčastněných, možnost přizvání a zajištění podpory externího odborníka, využití supervize, zajištění pružnosti a včasného reagování na změny, vyhodnocování procesu po každé uskutečněné aktivitě plánu přechodu. Může dojít k případným změnám dohodnutých postupů, rolí i kompetencí, i ke změnám v časovém harmonogramu či přehodnocení rizik. Aktivity plánu přechodu probíhají tak dlouho, jak je potřeba pro úspěšný a bezpečný přechod.
4. **Vyhodnocení** – Na základě zjištěných a zanalyzovaných skutečností tým konstatuje, zda je uživatel připraven k bezpečnému přechodu.
5. **Vlastní přechod** – Závěrečná fáze, kdy je připravené prostředí pro následný přechod uživatele. I nadále bude probíhat komunikace, zajištění bezpečí a dostatečné podpory člověka tak, aby přechod zvládl, uzavření smlouvy.

Zpracováno dle vnitřních pravidel služby BETEZDA Komorní Lhotka - Metodika plánování přechodu.

### 5.3.2 Formy přechodu

- **Přechod uživatele ze sociální služby do běžného života** – na základě analýzy potřeb a očekávání daného uživatele vyplynulo zjištění, že podpora stávající sociální službou již není zapotřebí
- **Návrat uživatele ze sociální služby do rodiny** – došlo ke změnám v možnostech rodiny, rodina i uživatel přechod chtějí
- **Přechod uživatele ze sociální služby s vyšší mírou podpory do sociální služby s nižší mírou podpory** – z analýzy potřeb a očekávání daného uživatele vyplynulo, že stávající sociální služba neodpovídá potřebám uživatele, nabízí intenzivnější podporu, než je zapotřebí
- **Přechod uživatele ze sociální služby s nízkou mírou podpory do sociální služby s vyšší mírou podpory** – z analýzy potřeb a očekávání daného uživatele vyplynulo, že stávající sociální služby nemůže jeho potřeby uspokojit
- **Přechod uživatele z rodiny do sociální služby** – rodina péči o člověka nezvládá z důvodu věku, zdravotního stavu, úmrtí pečujícího člena atd.

Zpracováno dle vnitřních pravidel služby BETEZDA Komorní Lhotka - Metodika plánování přechodu.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 PŘÍPRAVA KLIENTŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM NA SAMOSTATNÝ ŽIVOT

*„Doma je tam, kde jsme se narodili, anebo tam, kde je nám dobře.“*

Petr Cincibuch

Domov pro osoby se zdravotním postižením BETEZDA se nachází v malebné podhorské vesnici Komorní Lhotka, v obci, kde žiji. Toto zařízení poskytuje lidem s mentálním postižením pobytovou službu. S jednotlivými obyvateli se běžně setkávám v obchodě, na místních kulturních akcích, u holiče, na úřadě, při cestě do zaměstnání. Některé z nich jsem znala osobně, jiné pouze z vidění. Asi prvním impulzem ke zvolení tématu mé bakalářské práce bylo to, že jsem zde absolvovala praxi, kde jsem se podrobněji začala zajímat o další osud těchto lidí. Zajímalo mě to, zda jsou někteří z nich schopni přejít do návazných služeb a zda budou moci žít životem, který by se alespoň částečně přibližoval životu jejich vrstevníků. Je nezpochybnitelné, že tito mladí lidé mají svá přání, sny a touží po běžných věcech, které si jejich zdraví vrstevníci často ani neuvědomují.

Cílem práce je zjistit, v jakých úkonech poskytují pracovníci střediska BETEZDA uživatelům nejčastěji podporu a pomoc, jak vnímají přípravu uživatelů na přechod do vyšší formy bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, samostatný život), s jakými problémy a překážkami se při přípravě setkávají, jak ověřují získané schopnosti a dovednosti a jakým způsobem hodnotí připravenost uživatelů na přechod do návazných služeb.

### 6.1 Metodologie

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila jednu z neznámějších výzkumných metod - dotazník, který je součástí přílohy. Dotazníková metoda je shromažďování informací od dotazovaných osob a je určena pro hromadné získávání údajů. Osoba, které je určen dotazník se nazývá respondent (recipient). Zadávání dotazníku se nazývá administrace. Dotazování je založeno na sociálním vztahu mezi tazatelem a respondentem.

Zvolila jsem metodu totálního výběru vzorku. Tato metoda je založena na tom, že výzkumný soubor tvoří všechny možné prvky uvažovaného základního souboru. Výzkumný soubor tedy tvořili všichni pracovníci domova pro osoby se zdravotním postižením BETEZDA Komorní Lhotka, kterých je 12. Dotazník, který jsem vytvořila, disponoval otevřeným typem otázek, byl zde ponechán prostor pro vyjádření zaměstnanců a tvořilo jej 6 otázek. Administraci dotazníku jsem provedla osobně. Bylo mi vráceno všech 12 řádně vyplněných dotazníků, tedy 100% návratnost. Poznatky, které jsem získala, mi pak formou řízeného rozhovoru blíže objasnila sociální pracovnice.

## 6.2 Průzkumné prostředí

Domov pro osoby se zdravotním postižením je koedukované zařízení, které poskytuje služby pro osoby ve věku od 18 let do 50 let. Kapacita zařízení je 20 uživatelů. Cílovou skupinou uživatelů jsou osoby s lehkým, středně těžkým mentálním postižením nebo kombinovaným postižením, které potřebují z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu podporu, pomoc nebo dohled při péči o vlastní osobu a činnostech souvisejících s bydlením. Do domova přicházejí uživatelé, kteří celý život prožili v zařízeních ústavní péče nebo od biologické rodiny, a to z důvodu, že jim rodina již nedokázala zajistit potřebnou péči ani za pomoci terénní či ambulantní služby (osobní asistence, denní stacionáře, týdenní stacionáře). Služba směřuje k zvýšení samostatnosti uživatele, k přípravě na samostatné bydlení a přechod do bydlení vzhledem k možnostem a potřebám uživatele.

Cíle služby jsou následující:

- Samostatnost v sebeobsluze
- V činnostech, které jsou pro uživatele zajímavé a významné, najít a vymezit nebezpečí, které by pro něj mohly být ohrožující a pracovat na jejich snížení
- Uživatel zná svá práva a povinnosti a umí se svobodně rozhodnout s minimální nutnou podporou
- Zachování nebo obnovení rodinných vazeb a vztahů
- Zjištění a zajištění kontaktu s institucemi dle potřeb uživatele
- Naplnění volného času uživatele

Domov pro osoby se zdravotním postižením BETEZDA poskytuje tyto činnosti:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Podporovat uživatele ve vyšší samostatnosti a soběstačnosti, případně v jeho přechodu do jiné (vyšší) formy bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, samostatné bydlení)

Další poskytované činnosti (fakultativní činnosti) :

- Doprava pro uživatele
- Výlety
- Dovolená
- Používání vlastních elektrospotřebičů
- Využívání telefonní linky, kopírování

Zásady poskytování sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením  
BETEZDA

- Individuální přístup - respektování individuálních potřeb každého uživatele, hledání a naplňování osobního cíle uživatele, pružné přizpůsobení se změnám, které nastaly v životě uživatele
- Partnerský přístup - rovný, pozitivní, nezájatý přístup k uživateli, nevnášení nežádoucích nálad a postojů, respektování rozhodnutí uživatele
- Odbornost pracovního týmu - vzdělávání pracovníka, sledování a zavádění nových směrů v sociální službě, využívání znalostí ve prospěch uživatele
- Spolupráce s rodinou a institucemi - zachování a obnovení vztahů, zajištění kontaktu (<http://www.slezkadiakonie.cz>)

### 6.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Mými respondenty bylo 12 zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří jsou v každodenním kontaktu s uživateli. Vyšli mi maximálně vstříc a všichni odpověděli na mé otázky. Tito pracovníci znají konkrétní postupy a metody práce, které jsou uplatňovány v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Komorní Lhotce a týkají se oblasti přípravy uživatelů na samostatný život v běžné společnosti.

1. Vedoucí pracovník – VŠ. Ekonomicky, personálně a organizačně vede chod zařízení. Metodicky odpovídá za kvalitu poskytované služby, tvorbu a zavádění metodiky standardů kvality sociální služby, v organizaci pracuje 10 let.
2. Sociální pracovník – VŠ. Metodicky vede činnosti pracovníků v sociálních službách, poskytuje sociálně právní poradenství, zajišťuje kontakt uživateli s institucemi a organizacemi, spolupracuje s opatrovníky, vede sociální dokumentaci uživatele. Ve spolupráci s koordinátorem IP vede proces případové práce uživatele. Aktivně se podílí na tvorbě standardů kvality sociální služby, v zařízení pracuje 6 let.
3. Koordinátor IP, poradce sexuality – VŠ. V rámci služby koordinuje proces individuálního plánování, podporuje klíčové pracovníky při realizaci individuálního plánu, ve spolupráci se sociální pracovníci koordinují proces případové práce uživatele. Zároveň je poradcem sexuality, klíčovým pracovníkem a rovněž poskytuje základní činnosti služby, v zařízení pracuje 2 roky.
4. Zdravotní sestra – VŠ. Jedná se o zdravotní sestru bez odborného dohledu, zajišťuje zdravotní péči uživatelům, vede zdravotní dokumentaci, podílí se na tvorbě ošetrovatelských standardů, v zařízení pracuje 5 let.
5. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem (SP) sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 5 let.
6. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo



sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 7 let.

7. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 8 let.

8. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 7 let.

9. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 7 let.

10. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 3 roky.

11. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 3 roky.

12. Pracovník v sociálních službách (klíčový pracovník). Poskytuje základní činnosti služby, zejména pak úkony péče, volnočasové aktivity, pracuje jako klíčový pracovník v procesu IP - ve spolupráci s uživatelem, koordinátorem Individuálního plánování (IP) nebo sociálním pracovníkem sestavuje individuální plán uživatele, zodpovídá za realizaci IP, následně se podílí s výše uvedenými na jeho vyhodnocení, v zařízení pracuje 20 let.

## **6.4 Dotazníkové šetření**

Průzkum jsem realizovala v následujících etapách:

- První etapa - návrh a sestavení dotazníku
- Druhá etapa – požádání pracovníků zařízení o vyplnění dotazníku, který byl zaměřen na to, jak vnímají přípravu uživatele na samostatný život atd. Osobní distribuce dotazníku.
- Třetí etapa – zpracování a vyhodnocení faktů získaných z dotazníku respondentů. Zaznamenání nejčastějších odpovědí
- Čtvrtá etapa – zpracování a shrnutí závěrů

**1. V jakých úkonech (činnostech) poskytujete uživatelům v průběhu dne nejčastěji podporu, popř. pomoc?**

	<b>RESPONDENT</b>	<b>ODPOVĚDI RESPONDENTŮ</b>
1.	<b>Vedoucí pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podpora v oblasti sociálně právní (svěprávnost, kontakt s opatrovníkem, institucemi)</li> <li>- Řešení stížností uživatelů</li> <li>- Podpora při naplňování práv a povinností uživatele</li> </ul>
2.	<b>Sociální pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociálně právní poradenství (dávky, důchody, příspěvek na péči, svěprávnost)</li> <li>- Podpora v oblasti hospodaření s penězi</li> <li>- Komunikace s návaznými službami, do kterých uživatelé dojíždějí</li> <li>- Podpora při kontaktu s rodinou, blízkými, opatrovníkem, institucemi</li> </ul>
3.	<b>Koordinátor IP, poradce sexuality</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podpora péče o vlastní osobu</li> <li>- Podpora v běžných činnostech jako například: podpora při nákupech, smysluplné naplnění dne (volnočasové aktivity, kreativní činnosti, rozhovory s uživateli při řešení situací, do kterých se v průběhu dne dostávají (konflikty s jinými uživateli, podpora při kontaktu s rodinou, institucí aj)</li> <li>- V rámci IP – podpora při nábízení nových dovedností a schopností a podpora při realizaci jiných osobních cílů uživatele</li> <li>- Podpora při přechodu uživatele do jiného bydlení podle Plánu přechodu</li> <li>- Podpora uživatelů, kteří mají poruchu komunikace (návčiky komunikace s využitím alternativních technik)</li> <li>- Podpora uživatele v oblasti vztahů a sexuality</li> </ul>
4.	<b>Zdravotní sestra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poskytování zdravotní péče (podávání léků, zajišťování zdravotní péče u obvodních lékařů a specialistů)</li> <li>- Doprovod k lékařům</li> <li>- Podpora při dodržování léčebného režimu</li> </ul>
5.-12.	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podpora v oblasti péče o vlastní osobu (hygiena, oblékání, česání)</li> <li>- Podpora uživatele v individuálních nábízení dle IP (oblast cestování, hospodaření s financemi, nákupy, vyřizování běžných záležitostí člověka, nábízení vaření, péče o domácnost, kontakt s rodinou a blízkými)</li> <li>- Nábízení v oblasti komunikace</li> <li>- Volnočasové aktivity a nábízení motorických dovedností (kreativní dílny, sportovní aktivity)</li> <li>- Kontakt s běžným společenským prostředím, naplnění volného času (kino, knihovna, divadlo, sportovní akce)</li> </ul>

Nejčastější činností pracovníků v přímé péči je poskytování podpory při péči o sebe sama a podpora uživatelů v běžných činnostech dne, jako je například stravování, výdej jídla, úklid, kontakt se společenským prostředím a návaznými službami. Výše uvedené úkony odpovídají tomu, že v naprosté většině se jedná o podporu v těchto úkonech. Dalšími častými úkony, které pracovníci v sociálních službách provádějí, je podpora uživatele při naplňování cílů individuálního plánování, realizace volnočasových aktivit, rozvoj motoriky v rámci kreativních dílen a sportovních aktivit, nácvik komunikace aj. Z rozhovoru se sociální pracovníci vyplynulo, že se snaží již zhruba 10 let pracovat na tom, aby uživatelé, kteří tuto podporu nepotřebují, byli posunuti do vyšší formy bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, samostatné bydlení). Proto někteří uživatelé již byli podpořeni v přechodu a přešli. Na uvolněná místa pak byli přijati uživatelé s vyšší mírou podpory, kteří nemohou ani za pomoci rodiny, ambulantní či terénní služby setrvat ve svém přirozeném prostředí. V současné době středisko podporuje 5 živateľů v přechodu do chráněného nebo podporovaného bydlení. Ostatních 15 uživatelů ve středisku zatím nedisponuje potřebnými dovednostmi a schopnostmi nebo je již nemohou získat, a to z důvodu jejich zdravotního postižení a potřebují 24 hodinovou péči.

Důležitou součástí života uživatelů v domově jsou i společenské aktivity, volnočasové aktivity, pomocí kterých se služba snaží integrovat uživatele do místního společenství nebo se jim snaží smysluplně vyplnit den (sportovní akce – bowling, plavání, sportovní hry s dobrovolníky místního farního sboru, společenské události – návštěvy kina, divadla, výstavy, koncerty, kulturní akce v rámci obce, výlety, dovolená s uživateli). Služba se snaží o to, aby se uživatelé sami naučili využívat služeb obce např. obchod, kadeřník, pedikúra, knihovna, infocentrum, sportovní haly atd., a obec brala uživatele jako jejich běžnou součást.

Další důležitou a častou činností, kterou uživatelům poskytují, je podpora a pomoc v rámci procesu individuálního plánování. Klíčoví pracovníci, sociální pracovník, koordinátor IP podporují uživatele v naplňování svých cílů zejména v rámci tzv. Klientských dnů. U uživatelů, kteří mají sestavený plán přechodu do jiné formy bydlení jsou to pak cíle a úkoly vyplývající z tohoto plánu.

U vedoucího a sociálního pracovníka se jako nejčastější poskytovaná činnost objevuje sociálně právní poradenství, podpora při jednání s institucemi a opatrovníky a podpora uživatelů při plnění plánu přechodu do jiné formy bydlení. Dle sdělení sociální pracovnice se jedná o dlouhodobý proces, který zahrnuje více fází a nelze jej uspěchat a to z toho důvodu,

že by pak přechod uživatele mohl být neúspěšný. Proto se na sestavení Plánu přechodu podílí více osob, mají jasně stanovené kompetence a úkoly, pravidelně se zúčastněné osoby setkávají a průběžně celý plán hodnotí.

Z důvodu častých onemocnění, návštěv odborných lékařů a rehabilitací je součástí poskytování péče i zajištění zdravotní péče – nejčastěji se jedná o podávání léků a doprovod k lékaři. Míra je vždy nastavena podle schopností uživatele např. zda zdravotní sestra doprovází uživatele a zároveň i komunikuje s lékařem, nebo jen doprovodí uživatele a do ordinace jde již uživatel sám.

**2. Jakým způsobem poskytujete podporu, popř. pomoc při nácviku dovedností a schopností uživatele?**

	<b>RESPONDENT</b>	<b>ODPOVĚDI RESPONDENTŮ</b>
1.	<b>Vedoucí pracovník</b>	- Neprovádí nácvik
2.	<b>Sociální pracovník</b>	- Zpravidla slovní podpora, názorná ukázka, dopomoc
3.	<b>Koordinátor IP</b>	- Slovní podpora, modelová situace, dopomoc
4.	<b>Zdravotní sestra</b>	- Slovní podpora
5.-12.	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	- Opakováním - Procvičováním - Dopomoc - Slovní podpora - Modelové situace - Názorné ukázky

Nejčastěji se jedná o slovní podporu. Pracovník nevykonává činnost za uživatele, ale snaží se uživatele slovně podpořit krok po kroku, aby úspěšně úkon splnil. V případě, že uživatel i přesto daný úkon nezvládá, pracovník pomáhá přímo (provádí úkony částečně nebo celkově za uživatele).

V rámci Individuálního plánování mají někteří uživatelé za cíl právě nácvik úkonů péče nebo jiných dovedností a postupnými kroky se snaží dosáhnout stanoveného cíle.

Některé nácviky se provádějí pomocí piktogramů či fotografií – sestaven postup daného úkonu, pracovní postupy (vaření, práce na PC, praní, hospodaření s penězi atd.).

Názorná ukázka – pracovník předvede úkon a uživatel poté provede sám za dohledu pracovníka. Zaměstnanci domova se snaží s uživateli nacvičovat modelové situace, které jsou nesmírně důležité pro větší samostatnost osob s mentálním postižením. Jedná se o nácvik konkrétních dovedností.

### 3. Jakým způsobem ověřujete a hodnotíte získané dovednosti a schopnosti uživatelů?

	<b>RESPONDENT</b>	<b>ODPOVĚDI RESPONDENTŮ</b>
<b>1.</b>	<b>Vedoucí pracovník</b>	- Modelové situace - Pozorováním
<b>2.</b>	<b>Sociální pracovník</b>	- Modelové situace - Kontrolní otázky
<b>3.</b>	<b>Koordinátor IP</b>	- Modelové situace - Ukázka
<b>4.</b>	<b>Zdravotní sestra</b>	- Pozorováním - Názorná ukázka
<b>5.-12.</b>	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	- Rozhovorem s klientem - Praktické ověření nacvičené dovednosti (klient si sám zajde nakoupit, na poštu..) - Pozorováním - Kontrolními otázkami - Názorná ukázka - Modelové situace

Ověřování dovedností a schopností probíhá nejčastěji pomocí modelových situací. Uživatel například dostane určitý obnos financí, za které si má koupit jídlo na jeden den, dalším úkolem pro uživatele je pak připravit si stravu na tento den. Dalším obvyklým způsobem je pozorování - jak uživatel reaguje v nejrůznějších situacích, zda je schopný zvládnout základní činnosti péče o sebe a domácnost.

Častým způsobem ověřování je samostatné provedení činnosti uživatelem, pracovník pozoruje jakým způsobem byl daný úkol proveden. Dalším způsobem je ověřování následné. Uživatel provede úkon sám bez dohledu, pracovník si výsledek úkonu ověří později.

Mnohé aktivity jsou pro uživatele velmi náročné, například proto, že jsou velmi abstraktní nebo vyžadují specifické dovednosti. Aktivity je nutno mnohdy opakovat několikrát, je důležité přizpůsobovat tempo a náročnost pomalu stupňovat. Je nezbytné se také zamyslet nad tím, která aktivita je pro daného jedince vhodná, pracovníci musí vycházet z přání a potřeb uživatele a vhodným způsobem ho k dané aktivitě motivovat.

**4. S jakými největšími problémy se setkáváte při přípravě přechodu uživatele na samostatný život?**

	<b>RESPONDENT</b>	<b>ODPOVĚDI RESPONDENTŮ</b>
<b>1.</b>	<b>Vedoucí pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nedostatečná sociální síť návazných služeb (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení).</li> <li>- Rodina si nepřeje přechod, cítí bezpečnější pro uživatele život v domově</li> <li>- Uživatel nemá dostatečné finanční prostředky</li> <li>- Nezískal ještě potřebné dovednosti a schopnosti potřebné pro přechod</li> </ul>
<b>2.</b>	<b>Sociální pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uživatel nemá dostatečné finanční prostředky na úhradu návazné služby</li> <li>- Rodina si nepřeje přechod</li> <li>- Plná kapacita návazných služeb</li> </ul>
<b>3.</b>	<b>Koordinátor IP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nebyla nalezena návazná služba s volnou kapacitou</li> <li>- Uživatel nemá dostatečné finanční prostředky</li> <li>- Uživatel ještě nezískal potřebné dovednosti a schopnosti</li> </ul>
<b>4.</b>	<b>Zdravotní sestra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatr nedoporučuje přechod uživatele, neznají typologii sociálních služeb, příklady dobré praxe uživatelů, kteří již přechod zvládli</li> </ul>
<b>5.-12.</b>	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uživatel ještě nezískal potřebné dovednosti a schopnosti</li> <li>- Nenašla se návazná služba, ve které je volné místo</li> <li>- Rodina si nepřeje přechod</li> <li>- Nemá peníze na uhrazení návazných služeb</li> </ul>

Pracovníci střediska BETEZDA ve svých odpovědích poměrně často uváděli jako problémovou situaci negativní přístup rodiny, případně opatrovníků v oblasti osamostatnění uživatele v kontextu přechodu do návazné služby bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení) nebo samostatného bydlení. Jedná se zejména o obavy z toho, jak zvládne rizika, se kterými se bude uživatel setkávat. Bezpečí sociální služby BETEZDA je pro ně jedinou přijatelnou variantou. Jedinci s mentálním postižením mají sklon být nadmíru důvěřiví a přátelští, nechápou rizika, která je obklopují. Rodina i široká veřejnost často



podléhá představě, že lidé s mentálním postižením musí být ochraňováni před nebezpečnými a rizikovými situacemi, protože nejsou schopni nebezpečí vidět a reagovat na ně ochranou sebe a druhých. Tuto obavu však nevnímají opatrovníci z řad obecních (městských) úřadů, kteří větší mírou podporují a hájí zájmy opatrovanců v jejich osamostatňování se. Sociální pracovnice uvedla, že v těchto případech musí mnohem intenzivněji s takovými rodinnými příslušníky a opatrovníky pracovat. Snaží se jim zprostředkovat co největší množství informací ohledně přechodů, seznamuje je s příklady dobré praxe, dává jim možnost setkat se uživateli, kteří přechod zvládli aj.

Dalším poměrně častým problémem se jeví to, že uživatel nedisponuje dostatečným množstvím financí, návazné služby jsou finančně náročné a také jsou kapacitně nedostačující, proto se v praxi poměrně často stává to, že i když je uživatel připraven k posunu, tento se z výše uvedených příčin nemůže uskutečnit a odkládá se. Uživatelé, kteří přecházejí z domova pro osoby se zdravotním postižením, zpravidla mají příspěvek na péči v 1 stupni tj. 800 Kč. Za tyto peníze si má uživatel hradit asistenta ve službě kam přešel, což je většinou nedostačující částka. Možnosti dofinancování se pak individuálně snaží řešit s opatrovníky či rodinnými příslušníky formou dofinancování rodinou, dávkami hmotné nouze aj.

Pracovníci se zmiňují také o tom, že uživatelé s mentálním postižením nemají reálné představy o svých schopnostech a dovednostech, posun do návazné formy bydlení si přejí, ale zatím ještě nezískali konkrétní dovednosti k osamostatnění. V rámci individuálního plánování se pak v nácviku dovedností a schopností uživatele musí pokračovat.

## 5. Jaká vnímáte největší rizika při přechodu uživatele do vyšší formy bydlení?

	RESPONENT	ODPOVĚDI RESPONDENTŮ
1.	<b>Vedoucí pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neschopnost uživatele posoudit některé situace a důsledky svého jednání (např. důvěřují cizím lidem, špatně pochopí psané slovo, klamavá reklama, orientace v dopravě aj)</li> <li>- Špatně vyhodnotí rizikovou situaci</li> <li>- Špatně nastavený plán přechodu uživatele (uživatel byl příliš brzo posunut do návazné služby, nebyla zajištěna návazná služba např. osobní asistence, špatná adaptace na nové prostředí a nové lidi, špatné vyhodnocení rizik a práce na jejich minimalizaci)</li> <li>- Špatná organizace spolupráce se zapojenými osobami, organizacemi a institucemi</li> </ul>
2.	<b>Sociální pracovník</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Špatné hospodaření s penězi, zneužití cizími lidmi</li> <li>- Uživatel se nedokázal adaptovat na nové prostředí</li> <li>- Nedostatečná práce s rizikovými situacemi</li> <li>- Uživatel nezvládne samostatně indikaci léků</li> </ul>
3.	<b>Koordinátor IP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uživatel si nezvykne na nové prostředí nebo ho nepřijme okolí</li> <li>- Uživatel nedokáže správně vyhodnotit nové situace</li> <li>- Uživatel ještě není připravený na přechod a i přesto byl uskutečněn (špatné vyhodnocení schopností a dovedností uživatele)</li> </ul>
4.	<b>Zdravotní sestra</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nezvládne samostatně brát léky</li> <li>- Při zhoršení zdravotního stavu uživatel nezvládne péči o sebe sama</li> </ul>
5.-12.	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uživatel nemá potřebné dovednosti a schopnosti</li> <li>- Dlouhé čekací doby na uvolnění místa do návazné služby (chráněné bydlení)</li> <li>- Uživatel nedokáže vyhodnotit rizikové situace</li> <li>- Špatné hospodaření s penězi</li> </ul>

Pracovníci střediska BETEZDA Komorní Lhotka vnímají jako největší riziko přechodu špatně nastavený Plán přechodu uživatele. Tento plán je nastaven na začátku procesu přechodu uživatele, na jeho sestavení se podílí jak pracovníci střediska a uživatel, tak i další zúčastněné osoby jako např. opatrovník, rodinní příslušníci, osoby blízké. V případě

opomenutí některé oblasti může dojít k nezdaru v přechodu, v jehož důsledku může být přechod ohrožen. Další rizikem přechodu je dle pracovníků špatné vyhodnocení rizikových situací. Pracovníci se snaží o zkonkrétnění rizikových situací, jejich přiblížení člověku s mentálním postižením bezpečnou formou vlastního zážitku tak, aby byl schopen nebezpečí rozpoznat a řešit. V roce 2014 vešla v platnost novela Občanského zákoníku, ve kterém došlo k některým změnám v opatrovnictví (není možno, aby byl uživatel zcela zbaven svéprávnosti, podporované rozhodování, opatrovnická rada – dozor nad opatrovníkem atd.). V rámci individuálního plánování jsou stanoveny rizikové oblasti života uživatele, které nedokáže zvládat a postupnými kroky se je zaměstnanci domova snaží minimalizovat nejčastěji v rámci nácviků např. cestování, nakupování, komunikace, orientace v prostoru, rozvoj logického myšlení, navazování kontaktů, důvěřivost k cizím osobám, vyhodnocování nebezpečí.

Rovněž v oblasti hospodaření s penězi vidí pracovníci rizikovou oblast (špatné nastavení rozpočtu, zlákáni klamavou reklamou, špatné vyhodnocení situace „na co ještě má a na co nikoliv“).

Zdravotní personál vnímá jako velké riziko špatnou indikaci léků. Jedná se zpravidla o psychiatrické léky, které v případě neužívání nebo špatného dávkování mohou výrazným způsobem zhoršit zdravotní stav uživatele.

Všeobecnou obavou a často i dilematem pracovníků je otázka připravenosti uživatele, zda již uživatel má dostatečné schopnosti a dovednosti, či nikoliv. Zde je velmi důležité, jakým způsobem ověřovali pracovníci připravenost uživatele v praxi, jaké k tomu využívali metody či postupy.

V případě uživatelů, kteří přecházejí do samostatného bydlení může být rizikem špatně nastavená podpora formou návazné služby např. osobní asistence.

**6. Podařilo se Vám za posledních 7 let posunout uživatele do samostatného života nebo vyšší formy bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení)?**

	<b>RESPONDENT</b>	<b>ODPOVĚDI RESPONDENTŮ</b>
<b>1.</b>	<b>Vedoucí pracovník</b>	- Ano
<b>2.</b>	<b>Sociální pracovník</b>	- Ano
<b>3.</b>	<b>Koordinátor IP</b>	- Ano
<b>4.</b>	<b>Zdravotní sestra</b>	- Ano
<b>5.-12.</b>	<b>Pracovníci v sociálních službách</b>	- Ano

Podrobné dotazníkové šetření proběhlo jen se sociální pracovníci, která vede agendu sociální služby a disponuje tedy informacemi o úspěchu přechodu.

Za posledních 7 let se domovu podařilo posunout do vyšší formy bydlení 5 uživatelů, z toho do samostatného života 1 uživatelku, která je vdaná a má dítě, které ovšem nemá ve své péči. Další 4 uživatelé byli posunuti do chráněného bydlení. I v současné době se ve středisku BETEZDA připravuje na přechod do vyšší formy bydlení 5 uživatelů domova.

## **6.5 Shrnutí**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují svým uživatelům podporu v oblasti pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické či aktivizační činnosti. Z dotazníků respondentů vyplynulo zjištění, že uživatelé nejčastěji využívají podporu zaměstnanců v oblasti sebeobsluhy (hygiena, strava, oblékání). Všechny činnosti a úkony ze strany pracovníků v přímé péči směřují k tomu, aby schopnější uživatelé byli posunuti do návazných služeb. U ostatních uživatelů pracovníci usilují o co nejdelší zachování jejich stávajících schopností a dovedností potřebných pro život. Nedílnou součástí života v domově jsou společenské a volnočasové aktivity, díky kterým jsou uživatelé zapojováni do běžného života nejen obce, ale i tohoto regionu. Uživatelé mají dále možnost

využívat, dle svých schopností a dovedností, návazné sociální služby. Jedná se o Denní stacionář nebo Sociálně terapeutické dílny.

Dotazovaní dále uvedli, že podpora je nejčastěji poskytována slovně, popřípadě je úkon předveden názorně. Mnohé aktivity jsou pro uživatele velmi náročné například proto, že jsou velmi abstraktní nebo vyžadují specifické dovednosti. Aktivitu je nutno mnohdy opakovat několikrát, je důležité přizpůsobovat tempo a náročnost pomalu stupňovat. Je nezbytné se také zamyslet nad tím, která aktivita je pro daného uživatele vhodná, je důležité vycházet z jeho přání a potřeb, uživatel musí být k aktivitě vhodně motivován.

Uživatelé pro nácvik úkonu využívají rovněž individuálního plánování, které je vytvořeno dle konkrétních potřeb uživatele. Při práci s uživateli je využívána celá řada pomůcek, jako jsou například piktogramy, které výrazně usnadňují mentálně postiženým osobám komunikaci, orientaci v prostoru a čase, nácvik postů aj.

Z rozhovoru se sociální pracovníci vyplynulo zjištění, že v současné době již tak často nedochází k posunu do vyšších forem bydlení. Tento stav je dán tím, že schopnější uživatelé byli v rámci transformace posunuti do návazné služby a v domově ve větší míře zůstali uživatelé, kteří potřebují daleko větší a intenzivnější pomoc či podporu. Přesto mohu konstatovat, že všichni oslovení zaměstnanci vyvíjejí maximální úsilí, aby se i tito uživatelé, v co možná nejvyšší míře, zapojovali do každodenních činností, jako je oblékání, hygiena, nakupování, účast na kulturních, společenských a sportovních akcích, návštěva lékaře atd. U 5 uživatelů pak pracují na získávání dovedností a schopností, které by je posunuly do vyšší formy bydlení.

Nejpřirozenějším prostředím pro život jedince je jeho rodina. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty a dostatečné množství podnětů pro jeho další rozvoj. Jako častou překážku v osamostatnění uživatelů zaměstnanci spatřují negativní přístup rodiny (opatrovníci z řad rodinných příslušníků). Jedná se o obavy, jak uživatel zvládne veškeré rizikové situace. Nejčastějším problémem je však nezvládnutí hospodařit s penězi, řešení nepředvídatelných situací a nezvládnutí péče o sebe a domácnost. V rámci individuálního plánování mají uživatelé stanoveny rizikové oblasti, které nedokáží zvládat. Cílem tohoto plánování je daná rizika minimalizovat.

Respondenti uvedli, že častým způsobem ověřování dovedností a schopností uživatelů je nácvik daného úkolu. Dalším způsobem je následné ověřování, kdy uživatel provede úkol sám a pracovník si výsledek ověří později.

Z dotazníků vyplynulo, že si pracovníci služby uvědomují mnoho rizik, které mohou ovlivnit přechod uživatele a intenzivně s nimi pracují. Velký důraz je tak kladen na mapování

schopností a dovedností uživatele, vyhodnocování rizik, proces IP a v neposlední řadě dobré nastavení Plánu přechodu uživatele.

Za posledních 7 let se domovu podařilo do samostatného života posunout 1 uživatelku, která se vdala a má dítě, nikoliv však ve své péči. Další 4 uživatelé byli posunuti do chráněného bydlení.

## ZÁVĚR

Každé zdravotní postižení znamená zásah do osobnostního a sociálního vývoje člověka. Pro spoustu lidí se samostatný život jeví jako samozřejmost. Když se však zamyslím, zjistím, že to taková samozřejmost není. Naopak - pro spoustu lidí je to pouze vysněný cíl. Přitom každý člověk má právo na šťastný život mezi lidmi, které zná, které má rád. Na život bez vysokých plotů, bílých zdí, přesného časového rozvrhu a péče s ústavními prvky. Má právo rozhodovat se o věcech, které se týkají jeho intimity. Lidé s mentálním postižením jsou nuceni překonávat celou řadu překážek, a i když ústavní péče prochází procesem transformace a deinstitucionalizace, jejímž hlavním cílem je přiblížit život mentálně postižených jedinců co nejvíce přirozenému rodinnému prostředí, vězme, že je to běh na dlouhou trať.

Tématem předkládané bakalářské práce je problematika zdravotně postiženým osob, přesněji osob s mentálním postižením a jejich příprava na samostatný život. Kvalita života byla posuzována dle subjektivního hodnocení pracovníků domova, kteří se vyjadřovali prostřednictvím otevřeného dotazníku. Zjišťovala jsem, v jakých úkonech a jakým způsobem poskytují zaměstnanci sociálního zařízení uživatelům nejčastěji podporu, jak vnímají posun k větší samostatnosti, s jakými největšími problémy se při přípravě na samostatné, respektive podporované bydlení setkávají a jakým způsobem ověřují a hodnotí získané dovednosti a schopnosti uživatelů. Prostřednictvím řízeného rozhovoru se sociální pracovníci jsem si získané výsledky šetření blíže ujasnila.

Závěrem mohu říci, že uživatelé domova pro osoby se zdravotním postižením nejčastěji potřebují pomoc a podporu v oblasti sebeobsluhy. Nejčastěji se jedná o slovní podporu. V současné době služba připravuje 5 uživatelů na přechod do jiné formy bydlení. U ostatních uživatelů pracovníci usilují o to, aby si díky nácvikům dovedností zachovali co nejdéle dosavadní schopnosti a nedocházelo k regresi. Jako hlavní důvod neuskutečnění přechodů respondenti vidí v nepřipravenosti uživatelů tj. nemají potřebné dovednosti a schopnosti pro zvládnání samostatnějšího života. Z dotazníků vyplynulo, že tyto dovednosti si pracovníci nejčastěji ověřují praktickými zkouškami, pozorováním, modelovými situacemi, dotazováním aj. Absence a nedostatečná kapacita návazných forem bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení), negace ze strany rodinných příslušníků a opatrovníků, nejčastěji z důvodu obav zvládnání samostatnějšího života, jsou dalšími neopomenutelnými důvody neúspěchu přechodu. Na snížení těchto negativních vlivů středisko neustále pracuje, a to zejména kladením důrazu na dobré sestavení Plánu přechodu

uživatelé a zapojení klíčových osob do celého procesu přechodu. Nezbytná je spolupráce pracovníků služby, rodinných příslušníků, přátel uživatele i opatrovníků. Účastí těchto osob, jejich aktivním zapojením se do sestavení Plánu přechodu, jeho plnění a průběžného vyhodnocování se riziko neúspěchu přechodu může značně snížit. Dalším důležitým prvkem je informovanost všech zúčastněných osob o tom, jak celý proces probíhá, jak bude vypadat nový život uživatele a hlavně seznamovat je s příklady dobré praxe uživatelů, kteří již prošli přechodem. Problematiku nedostatku návazných služeb a nedostatečné kapacity služba řeší v rámci celé organizace tj. v rámci Slezské diakonie, která je významným poskytovatelem sociálních služeb v Moravskoslezském kraji a díky této pozici může ovlivnit např. v rámci komunitního plánování měst tuto situaci. Středisko BETEZDA poskytuje své služby v malé obci, kde neexistuje komunitní plánování. Hlavní problémem uživatelů je v nezvládnutí sebeobsluhy, v hospodaření s penězi a v potížích řešit nepředvídané a rizikové situace. Další problém vidím v negativním přístupu rodiny. I když se proces přechodu uživatele jeví jako dlouhodobý proces s mnoha překážkami, pracovníci domova BETEZDA Komorní Lhotka se snaží uživatele v této oblasti intenzivně podporovat a jsou rádi, že za posledních 7 let mohli podpořit 5 uživatelů v tom, aby mohli žít samostatnější a kvalitnější život, který je srovnatelnější životem jejich vrstevníků.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BICKOVÁ, L. a kolektiv. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Rudi, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
2. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*. 1. vyd. PRAHA: GRADA, 2012. ISBN 978-80247-4138-3
3. FRAINIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. 3. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2
4. KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. vyd. Olomouc: Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5
5. PAVLŮ, D. a kolektiv. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Praha: 1996. Tato publikace neprošla odbornou jazykovou korekturou
6. MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
7. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-85931-65-6
8. RYŠÁVKOVÁ, V. a kolektiv. *Nový občanský zákoník úplně pro všechny*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5157-3
9. SOBEK, J. a kolektiv. *Práva lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007. ISBN 978-80-239-9399-8
10. SOLOVSKÁ, V. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8
11. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7

12. VAGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0
13. VALENTA, M. MÜLLER, O. a kolektiv *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1
14. VALENTA, M. MICHALÍK, J. LEČBYCH, M. a kolektiv. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1
15. VOTAVA, J. a kolektiv. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5
16. KAFKA, D. Proces Transformace. *Sociální práce*. 2013, roč. 13, č.1, s. 3-4 ISSN 1213-6204
17. BETEZDA Komorní Lhotka. *Slezská diakonie*. [online]. 1.1.2014 [cit. 2014-05-20]. Dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/stredisko/betezda-komorni-lhotka>
18. PLÁN PŘECHODU UŽIVATELE, PROFIL UŽIVATELE, METODIKA PLÁNOVÁNÍ PŘECHODU Domov pro osoby se zdravotním postižením [inerní materiál]. Komorní Lhotka, 2013

# PŘÍLOHA 1

## DOTAZNÍK

- 1. V jakých úkonech (činnostech) poskytujete uživatelům v průběhu dne nejčastěji podporu, popř. pomoc?**
- 2. Jakým způsobem poskytujete podporu, popř. pomoc při nácviku dovedností a schopností uživatele?**
- 3. Jakým způsobem ověřujete a hodnotíte získané dovednosti a schopnosti uživatelů?**
- 4. S jakými největšími problémy se setkáváte při přípravě přechodu uživatele na samostatný život?**
- 5. Jaká vnímáte největší rizika při přechodu uživatele do vyšší formy bydlení?**
- 6. Podařilo se Vám za posledních 7 let posunout uživatele do samostatného života nebo vyšší formy bydlení (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení)?**