

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Michaela Kubíková

Olomouc 2026

Vedoucí práce: prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením vypracovala samostatně pod vedením prof. PaedDr. Milana Valenty, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité prameny z literatury.

V Olomouci dne

.....

Podpis autora práce

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat prof. PaedDr. Milanu Valentovi Ph.D. za všechny rady a podporu.
Děkuji za poskytnutou pomoc a podporu při získávání rad.

Anotace

Jméno a příjmení:	Michaela Kubíková
Katedra:	USS
Vedoucí práce:	Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2026

Název práce:	Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením
Název v angličtině:	Transformation of Social Services for People with Intellectual Disabilities
Zvolený typ práce:	Bakalářská práce
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá transformací sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Teoretická část je zaměřená na vymezení základních pojmů vztahující se k mentálnímu postižení, sociálních služeb a procesem transformace. Výzkumná část se věnuje zjištění, jak pracovníci sociálních služeb vnímají transformaci ve svém zařízení. Výzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativního šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky Domova pro osoby se zdravotním postižením.
Klíčová slova:	Transformace sociálních služeb, mentální postižení, sociální služby, kvalitativní výzkum
Anotace v angličtině:	This bachelor's thesis examines the transformation of social services for people with intellectual disabilities. The theoretical section focuses on defining key terms related to intellectual disabilities, social services, and the transformation process. The research section examines how social service workers perceive the transformation in their facility. The research was conducted through a qualitative study using semi-structured interviews with staff at a residential facility for people with disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	Transformation of social services, intellectual disabilities, social services, qualitative research

Přílohy vázané v práci:	Přepis rozhovorů s respondenty, informovaný souhlas.
Rozsah práce:	44 stran + přílohy
Jazyk práce:	Čeština

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	11
1.2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	12
1.2.1 <i>Klasifikace mentálního postižení</i>	13
1.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	14
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	17
2.1 DRUHY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	18
2.1.1 <i>Pobytové sociální služby pro osoby s mentálním postižením</i>	18
2.2 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	20
2.3 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	21
2.3.1 <i>Sociální pracovník</i>	21
2.3.2 <i>Pracovník v sociálních službách</i>	21
3 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	23
3.1 DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	23
3.1.1 <i>Principy deinstitucionalizace</i>	24
VÝZKUMNÁ ČÁST	26
4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI A CÍLE PRÁCE	27
4.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	27
4.2 METODIKA VÝZKUMU.....	27
4.3 SBĚR DAT	28
4.4 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	28
4.5 ANALÝZA ROZHOVORU	29
4.5.1 <i>Analýza rozhovoru R1</i>	29
4.5.2 <i>Analýza rozhovoru R2</i>	30
4.5.3 <i>Analýza rozhovoru R3</i>	30
4.5.4 <i>Analýza rozhovoru R4</i>	30
5 ANALÝZA DAT.....	31
5.1 VNÍMÁNÍ TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	32
5.2 PRŮBĚH TRANSFORMACE V ZAŘÍZENÍ	32
5.3 ZMĚNY SPOJENÉ S TRANSFORMACÍ	33
5.4 ZAPOJENÍ PRACOVNÍKŮ DO PROCESU	33
5.5 ZVÝŠENÍ SAMOSTATNOSTI KLIENTŮ	34
5.6 DOPAD TRANSFORMACE NA KLIENTY	34
5.7 NEGATIVNÍ REAKCE UŽIVATELŮ NA ZMĚNY	35
5.8 PODPORA PRACOVNÍKŮ	35
5.9 NEJVĚTŠÍ PŘÍNOS TRANSFORMACE	36
6 DISKUSE.....	37
6.1 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	39
7 ZÁVĚR.....	41
8 SEZNAM LITERATURY	43

9 PŘÍLOHY.....45

Úvod

Cílem bakalářské práce je popsat transformaci sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením s užším zaměřením na její význam, principy a přínosy. Téma práce vzniklo na základě velkého zájmu zjistit více o změně, která nastane při odklonu od velkokapacitních zařízení k přirozenému prostředí pro život osob s mentálním postižením.

Celkově osoby se zdravotním postižením představují širokou skupinu osob, která využívá sociální služby z důvodu zdravotního stavu, který jim znemožňuje péči o svojí vlastní osobu. Velká pozornost je zaměřená na osoby s mentálním postižením, kteří v mnoha případech potřebují podporu. Ve většině případech je podpora poskytována po celý jejich život. Velmi záleží na způsobu, jakým je podpora poskytována, protože má zásadní vliv na kvalitu života osob s mentálním postižením a dále se od toho také odvíjí míra samostatnosti a míra sociálního začlenění těchto osob.

V České republice byly sociální služby poskytovány osobám s mentálním postižením převážně formou pobytových služeb, tedy ve velkokapacitních zařízeních. Z toho důvodu mohlo docházet k sociální izolaci, závislosti na péči nebo závislosti na daném zařízení. Z toho důvodu začalo docházet k transformaci sociálních služeb, která klade na důraz podpory samostatnosti a sociálního začleňování. Největším cílem je poskytovat služby v přirozeném prostředí.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První část je teoretická a druhá část je výzkumná. Dále je teoretická práce rozdělena do 3 hlavních kapitol. První kapitola se věnuje osobám se zdravotním postižením, přičemž obsahuje vymezení pojmu zdravotního postižení, základní druhy postižení, etiologii, vymezení pojmu mentálního postižení a jeho klasifikace. Druhá kapitola se věnuje sociálním službám pro osoby s mentálním postižením, kde je také uvedena definice, rozdělení sociálních služeb na druhy a formy, konkrétní pobytové služby a profese, se kterými se lze setkat v sociálních službách. Třetí kapitola je zaměřena na samotnou transformaci sociálních služeb, principy deinstitucionalizace a vývoj sociálních služeb.

Výzkumná část je realizována formou kvalitativního šetření, konkrétně pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který je veden s pracovníky v sociálních službách. Výsledky výzkumné části mohou přispět k tomu, že bude proces transformace více chápán a zároveň může poukázat i na problematické oblasti z pohledu pracovníka v přímé péči. Na rozhovor byly vybrány 4 respondentky z jednoho zařízení. 2 na pozici sociálního pracovníka a 2 na pozici pracovníka v přímé obslužné péči.

Teoretická část

Bakalářská práce se zabývá transformací sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Teoretická část je zaměřená na vymezení základních pojmů vztahující se k mentálnímu postižení, sociálním službám a procesem transformace. Cílem je vytvořit teoretický rámec pro následující výzkumnou část.

1 Osoby se zdravotním postižením

Osoby se zdravotním postižením představují významnou skupinu obyvatelstva. Jde o vnitřně heterogenní menšinu, která se vyznačuje mimo jiné svou proměnlivostí. Člověk se může v průběhu života vlivem různých životních situací stát součástí této skupiny, přičemž se jeho situace může změnit také opačným směrem (Šámalová, 2016).

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením vymezuje zdravotní postižení jako „osoby s dlouhodobým tělesným, duševním, mentálním nebo smyslovým postižením, které jim v interakci s různými překážkami může bránit v plném a účinném zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (Kuper a kol., 2024, s. 316).

Existuje mnoho různorodých definic. Často se při jejich určování vychází z medicínského pohledu a sociálního pohledu, který vymezuje pojem zdravotní postižení. Z pohledu medicínského je pojem zdravotní postižení vnímán jako osobní problém člověka, který vznikl na základě poškození zdraví vlivem úrazu či nemoci. Řešení spočívá následně v medicínské rehabilitaci. Zatímco sociální pohled nevnímá zdravotní postižení jako osobní problém jedince, ale jako záležitost mezi ním a okolím. Tento pohled vnímá za zdravotní postižení bariéry, které jsou fyzické nebo sociální. Fyzické bariéry představují nepřístupnost budov pro osoby se zdravotním postižením. Sociální poukazují na odmítání zdravotně postiženého ze strany společnosti (Nováková, 2011).

Druhy zdravotního postižení

Druhy zdravotního postižení se uvádí následovně:

Zrakové postižení

Osoba se zrakovým postižením má potíže při zpracovávání informací a vnímání prostřednictvím zraku, i přes optimální korekci. Problémy nastávají při orientaci v prostoru nebo čtení černotisku (Slowík, 2016).

Sluchové postižení

Při sluchovém postižení je důležité zohlednit zejména dobu, kdy postižení vzniklo, ale také míru sluchové ztráty. Sluchové postižení může být způsobeno na základě organické nebo funkční vady v jakékoliv části sluchového analyzátoru, sluchové dráhy nebo sluchových korových center (Slowík, 2016).

Vady a poruchy řeči

Pojem narušená komunikační schopnost nezahrnuje jen oblast mluvené řeči, ale vztahuje se také na její grafickou formu, mimoverbální prostředky i netradiční komunikační kanály. Mluvená řeč je nezbytná pro dorozumívání se v sociálním prostředí naší společnosti (Slowík, 2016).

Tělesné postižení

Omezení hybnosti představuje snížení nebo omezení pohybových schopností jedince. Omezení hybnosti může být primární nebo sekundární. Primární omezení vzniká přímým postižením pohybového aparátu. Sekundární omezení hybnosti nevzniká přímým poškozením pohybového aparátu, ale je důsledkem jiných zdravotních obtíží, jako je například epilepsie nebo astma (Zikl, 2011).

Mentální postižení

Mentální postižení je možné charakterizovat jako vývojovou poruchu rozumových schopností, která se projevuje zejména sníženou úrovní kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností (Valenta a kol., 2018).

1.2 Mentální postižení

Dle MKN-11 (2022) je mentální postižení vymezováno jako porucha vývoje intelektu. V odborné literatuře se lze setkat také s dalšími označeními, jako je například slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, nebo také mentální defektnost (Strnadová a kol., 2015).

Mentální postižení vzniká v důsledku působení nepříznivých faktorů v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období, které mohou ovlivnit vývoj jedince a jeho adaptační schopnosti. Termín mentální postižení, tedy zpoždění duševního vývoje, je v současnosti vymezené velkým množstvím definic, což z něj dělá poměrně nejednoznačný termín (Valenta a kol., 2018).

Významná organizace AAMR (American Association for Mental Retardation), dnes označovaná jako AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) popisuje tento stav jako sníženou schopnost, která se projevuje vážnými omezeními v adaptivním chování a intelektových funkcí. Tato omezení se týkají zejména schopnosti porozumění pojmům a také praktické a sociální inteligence (Valenta a kol., 2018).

DSM-5 (2013) řadí vývojovou poruchu intelektu mezi neurovývojové poruchy, kam patří například také ADHD, poruchy autistického spektra nebo specifické poruchy učení (Valenta a kol., 2018).

1.2.1 Klasifikace mentálního postižení

Mentální postižení je diagnostikováno u jedince, jehož inteligence je snížena pod stanovenou úroveň, a to před dosažením dospělosti. Adaptibilita bývá snížena ve více oblastech života. Aby se jednalo o mentální postižení, musí být sníženy intelektové funkce - 70 IQ a méně. Není to jediné kritérium, podle kterého lze diagnostikovat mentální postižení. Hodnotí se řada dalších schopností jedince (Valenta a kol., 2012).

MKN-10 (2000) rozlišuje následující stupně mentálního postižení:

F70 Lehká mentální retardace – U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. IQ 50-69.

F71 Střední mentální retardace – U dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. IQ 35-49.

F72 Těžká mentální retardace – U dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. IQ 20-34.

F73 Hluboká mentální retardace – U dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. IQ nejvýše 20.

F78 Jiná mentální retardace.

F79 Neurčená mentální retardace

Podle MKN-11(2022) je mentální postižení v současné době označováno jako porucha vývoje intelektu a je zařazeno v novém systému kódování. Oproti dřívější klasifikaci došlo ke změně terminologie, kdy se již nepoužívá mentální retardace, ale termín porucha vývoje intelektu. Nové kódování:

6A00.0 Mírná porucha vývoje intelektu

6A00.1 Středně těžká porucha vývoje intelektu

6A00.2 Těžká porucha vývoje intelektu

6A00.3 Hluboká porucha vývoje intelektu

6A00.Z Poruchy vývoje intelektu, neurčené

Mírná porucha vývoje intelektu

Lze se setkat s označením lehká slabomyslnost nebo lehká mentální subnormalita. Dochází ke zpomalení psychomotorického vývoje, který se může projevit do 3 let. V předškolním věku se mohou vyskytovat potíže s motorikou. Osoby s lehkou mentální retardací zvládají samostatně péči o osobní hygienu, úklid domácnosti. Jsou vzdělavatelni, ale jejich stav jim může dělat potíže při školní výuce. Avšak adekvátní vzdělání a správná výchova zajistí, že se u jedince s lehkou mentální retardací nebude vyskytovat závažnější narušení orientačních funkcí (Arnoldová, 2015; MKN-10, 2000).

Středně těžká porucha vývoje intelektu

Osoby se středně těžkou mentální retardací jsou v podstatě nevzdělavatelni, ačkoliv si mohou osvojit psaní a čtení. Klienti jsou většinou mobilní, ale přetrvává u nich celková neobratnost s narušenou motorikou. V dospělosti mohou být vedeni k lehké manuální práci, ale pouze pod dohledem (Švarcová, 2006).

Těžká porucha vývoje intelektu

Porucha psychomotorického vývoje je zřejmá již v předškolním věku. Má výraznější poruchu schopností, ale přidružené stavy jsou podobné středně těžké mentální retardaci. U osob s těžkou mentální retardací se mohou vyskytovat motorické potíže. Častěji se objevují somatické vady (Arnoldová, 2015).

Hluboká porucha vývoje intelektu

Těžká porucha psychomotorického vývoje způsobující nesamostatnost jedince, který je odkázán na pomoc jiné fyzické osoby z důvodu postižení. Tento stav může být doprovázen častými výbuchy vzteku, hyperaktivitou či podrážděností. Dalším projevem je omezená verbální komunikace, kterou nahrazují hýkáním a neartikulovanými zvuky. Osoby s hlubokou mentální retardací mají výrazné obtíže v oblasti sebeobsluhy, osobní hygieny i orientace v prostředí a většinou jsou závislé na pomoci druhých osob (Valenta a kol., 2018).

1.3 Etiologie mentálního postižení

Na vzniku mentálního postižení se může podílet mnoho různých příčin, přičemž se ve většině případů jedná o závažné organické nebo funkční poškození mozku. Tím lze vyloučit, že nepodnětné a patologické sociální prostředí je jediná jednoznačná příčina, tedy například dysfunkční rodina, emoční či vztahová deprivace a podobně. Starší literatura označovala

opožděný mentální vývoj, který byl způsobený výchovnými a sociálními faktory, termínem pseudooligofrenie (Slowík, 2016).

U syndromů vyvolaných genetickými poruchami lze určit jednoznačné příčiny mentálního postižení. Mezi ně řadíme genové mutace (genetické odchylky) i chromozomální odchylky (Downův syndrom). V mnoha případech není možné příčinu jednoznačně určit, protože se nedá zjistit, nebo se současně vyskytuje více možných příčin – tehdy se usuzuje na multifaktoriální etiologii (Vágnerová, 2004; Slowík, 2016).

Prenatální období

Prenatální období lze rozdělit na 2 období. První období je embryonální neboli zárodečné období, které trvá od početí do devátého týdne těhotenství. V tomto období mohou vznikat vážné srdeční vady nebo jiné vážné komplikace. Následující období se nazývá fetálním neboli plodové, které začíná od devátého týdne do těhotenství (Machová, 1994; Slowík, 2016).

Na prenatálním období se mohou podílet exogenní faktory, které mohou negativně ovlivnit vývoj jedince. Jedná se zejména o fyzikální vlivy, kdy se na vzniku postižení podílí škodlivé záření. Následně chemický vliv (užívání drog), nutriční (nesprávné stravování matky), biologický (infekce), psychické a sociální (působení stresu matky na dítě) (Slowík, 2016).

Ženám v těhotenství se nejčastěji doporučuje navštívit lékaře minimálně 3 měsíce před plánovaným těhotenstvím. V těhotenství by se nadále neměly pít alkoholové nápoje (prevence vzniku FAS – fetálního alkoholového syndromu, který je doprovázen řadou vrozených anomálií a poruch), kouřit nebo bez doporučení od lékaře konzumovat léky. Neméně důležitá je správná strava a pravidelná kontrola u lékaře (Valenta a kol., 2012).

Perinatální období

Perinatální období je považováno za velmi rizikové období ve vývoji dítěte. Zahrnuje dobu krátce před porodem, samotný porod a období těsně po narození. Pro novorozence je toto období velice náročné, především kvůli náhlé změně prostředí, kdy přestává být chráněno uvnitř těla matky. Ohrožující je samotný porod, ale také aklimatizace dítěte na nové prostředí. Za nejčastější příčiny postižení lze považovat drobné či závažnější poškození mozku dítěte. Může se jednat o mechanické poškození hlavičky, nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie) nebo o jiné vážné poporodní komplikace (Machová, 1994; Slowík, 2016).

Postnatální období

Postnatální období začíná narozením dítěte a pokračuje v průběhu celého života jedince. Je to období, kdy na jedince může působit mnoho negativních faktorů přímo, a ne již skrze organismus matky. Negativně mohou působit například různé infekce a záněty mozku, které mohou být příčinou encefalitidy. Mezi další rizikové faktory patří také úrazy a traumata zasahující centrální nervovou soustavu (náhlé zevní události vedoucí k narušení celistvosti a neporušenosti organismu). Významný vliv mohou mít i sociální faktory, zejména deprivace, dlouhodobé neuspokojování základních životních potřeb, vznikající na základě nepodnětné výchovy, nestabilní rodinné vztahy nebo nevhodné bytové podmínky. V těchto případech se hovoří o mentálním postižením, které není neměnné a lze jej ovlivnit či změnit příslušnými intervenčními programy (Valenta a kol., 2012).

2 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Pod pojmem sociální služba si lze představit určitou činnost poskytovatele, která je zaměřena na příjemce (uživatele). Tyto činnosti jsou systematické a organizované. Sociální služby jsou klíčové pro zajištění lidských práv (Tomeš, 2010).

Sociální služby se poskytují za účelem zlepšit kvalitu života sociálně znevýhodněným lidem, pro které jsou také určené. Cílem je maximální začlenění sociálně znevýhodněné osoby do společnosti a zároveň předcházení situacím, které by mohly vést k sociálnímu vyloučení. Proto se při péči nezohledňuje pouze uživatel, ale i rodina, do které klient patří (Matoušek a kol., 2011).

Tato forma podpory je upravena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vymezuje způsob pomoci, ale i podmínky poskytování sociálních služeb. Zákon zároveň stanovuje základní činnosti, které jsou v rámci sociálních služeb poskytovány. Mezi základní činnosti patří zejména pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, kdy je důležitá podpora soběstačnosti nebo pomoc při osobní hygieně. Sociální služby dále pomáhají například při zajištění stravy, pomáhají s chodem domácnosti, poskytují základní sociální poradenství nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a mnohem více. Sociální služby se rozlišují podle toho, jakou formou jsou poskytovány. Mohou být poskytovány ambulantní, terénní nebo pobytovou formou (zákon č. 108/2006 Sb.). Zákon č. 108/2006 Sb. vymezuje formy sociálních služeb následovně:

- Ambulantní služby jsou poskytovány bez zajištění ubytování. Klient do zařízení dochází sám anebo v doprovodu jiné osoby.
- Pobytové služby jsou spojeny s ubytováním klienta v zařízení sociálních služeb.
- Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta, například v jeho domácnosti, kam za ním dochází terénní pracovník.

Standardy kvality sociálních služeb

Podle Malíkové (2020) se standardy poskytují za účelem zajistit kvalitu sociálních služeb, které jsou osobám poskytovány. Tyto standardy kvality sociálních služeb slouží k zajištění odpovídající kvality poskytovaných služeb, jejich spolehlivosti a profesionality. Obsahují stanovené postupy, pravidla a zásady, které musí poskytovatelé sociálních služeb

održovat. Dodržování standardů je pravidelně kontrolováno. Obsahově se dělí do tří základních oblastí: procesní, personální a provozní (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

2.1 Druhy sociálních služeb

Mezi základní činnosti poskytované v rámci sociálních služeb patří zejména podpora při běžné péči o vlastní osobu, zajištění vhodných podmínek pro osobní hygienu nebo pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc s chodem domácnosti a také zajištění výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností. Konkrétní náplň činností jednotlivých druhů sociálních služeb je stanovena příslušnými prováděcími předpisy. Sociální služby se podle zaměření dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. (MPSV, 2019).

Sociální poradenství se dále rozlišuje na základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství je určeno osobám, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a nedokážou ji řešit vlastními silami. Povinnost zajistit základní sociální poradenství má každý poskytovatel sociálních služeb a využívat jej mohou také pečující osoby. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na konkrétní problém klienta a poskytuje informace a podporu vedoucí k řešení jeho situace, přičemž se také zaměřuje na individuální potřeby různých sociálních skupin (zákon č. 108/2006, Sb.).

Zákon definuje služby sociální péče jako služby, které: „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti“ (zákon č. 108/2006, Sb.).

Služby sociální prevence jsou v zákonu uvedeny jako služby, které „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby“ (Matoušek a kol., 2011).

2.1.1 Pobytové sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Pobytové sociální služby jsou poskytovány klientům po určitou dobu, celodenně nebo celoročně. Tyto služby zahrnují ubytování, stravu a další podporu v běžném životě. Mezi pobytové služby patří například domovy pro seniory nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením (Malíková, 2020).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením patří mezi pobytové sociální služby a jsou určeny osobám se sníženou soběstačností v důsledku zdravotního postižení, které potřebují pomoc jiné osoby. Klientům je poskytnuta pomoc při stravování, pomoc při osobní hygieně, jsou jim poskytovány aktivizační činnosti a zároveň je kladen důraz na rozvoj či udržení soběstačnosti. Služba je poskytována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně – jedná se o nepřetržitý provoz. Součástí podpory může být také rozvoj pracovních dovedností a nácvik sebeobsluhy (Arnoldová, 2016).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby mohou být poskytovány také formou pobytovou a to osobám, které mají sníženou soběstačnost, a to z důvodu zdravotního postižení, věku či chronického postižení, a proto potřebují dopomoc jiné osoby, a zároveň je o ně pečováno v jejich přirozeném prostředí. Tato služba se cíleně zaměřuje na pečující osoby, aby jim mohla dopřát odpočinek či možnost si pouze zařídit osobní náležitosti tím, že se o osobu se zdravotním postižením postará, a to na přechodnou dobu. Lze se také setkat s názvem jako je respitní péče. Služba není poskytována pouze jako pobytová, ale může být poskytována také ambulantně či terénně (Arnoldová, 2016).

Týdenní stacionáře

Pobytová služba, která nabízí výchovně-vzdělávací činnosti a aktivizační činnosti. V rámci stacionáře mohou uživatelé využít návazné služby, jako jsou sociálně terapeutická dílna, dříve nazývána jako chráněná dílna. Sociálně terapeutická dílna je poskytována osobám, které se z důvodu zdravotního postižení nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce. Podpora je zejména v oblasti pracovních dovedností, ale poskytuje se pomoc i při osobní hygieně či při stravování (Matoušek a kol., 2011).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení patří mezi pobytové sociální služby a je zaměřeno na začleňování osob se zdravotním postižením do běžného prostředí společnosti. Chráněné byty jsou zřizovány s cílem podporovat samostatnost klientů a vést je co nejvíce k samostatnému plnohodnotnému životu. Hlavním cílem této služby je umožnit osobám s mentálním postižením žít ve vlastní domácnosti s určitou mírou podpory, zejména v oblasti soběstačnosti, zajištění stravy a chodu domácnosti. Klienti chráněného bydlení jsou vedeni k odpovědnosti za svůj život i domácnost.

Mají možnost dvou typů ubytování, a to individuálně anebo formou skupinového bydlení (Arnoldová, 2016).

2.2 Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Podle zákona se nejedná o sociální službu tehdy, kdy je pomoc nebo podpora poskytována rodinnými příslušníky nebo blízkými. Za sociální službu nelze považovat ani činnost, kterou poskytuje organizace nebo osoba bez registrace v registru poskytovatelů sociálních služeb, například ubytovny nebo úklidové služby (Arnoldová, 2015).

Poskytovatelé sociálních služeb mají určité povinnosti, které musí splnit, aby se jednalo o kvalitní sociální službu. Musí zajistit dostupnost informací, které obsahují, o jakou sociální službu se jedná (druh, místo, okruh lidí, pro které je určená služba, jaká je kapacita a další základní informace). Veškeré informace musí být zpracované srozumitelným a přehledným způsobem. Poskytovatel sociální služby má také povinnost informovat zájemce o všech právech a povinnostech, které pro něj vyplývají po uzavření smlouvy o poskytování sociální služby. Důležitou součástí poskytování sociálních služeb je také dodržování lidských práv a individuální plánování průběhu služby podle schopností a potřeb uživatele. Tato pravidla jsou součástí standardů kvality sociálních služeb, které jsou pro úspěšný chod služby důležité. Poskytovateli sociálních služeb mohou být například obecní úřady, obce s rozšířenou působností, krajské úřady, obce, kraje, ministerstvo nebo také jiné právnické či fyzické osoby, které jsou zapsány v registru poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2019).

Registr poskytovatelů sociálních služeb

Registr poskytovatelů sociálních služeb vede Krajský úřad, do kterého jsou zaznamenány poskytovatelé sociálních služeb, kterým bylo na základě podané žádosti vydáno rozhodnutí o registraci. Registr je veřejným informačním systémem, který je dostupný v elektronické i tištěné podobě a slouží k evidenci všech poskytovatelů sociálních služeb v České republice. Do registru se zapisují údaje o poskytovateli, o druhu sociální služby, které nabízejí, kapacita služby, cílové skupiny uživatelů a další důležité informace (zákon č. 108/2006 Sb.).

Podmínky registrace

Podmínkou registrace se rozumí písemná žádost o registraci. Osoba, která chce vykonávat sociální služby, musí být odborně způsobilá. Odborná způsobilost znamená, že má poskytovatel potřebné vzdělání, znalosti a dovednosti, aby mohl danou činnost vykonávat. Důležitým kritériem je bezúhonnost, která se ověřuje výpisem z trestního rejstříku. Za bezúhonnou osobu je považována osoba, která nebyla odsouzena k trestu odnětí svobody za úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním sociálních služeb nebo za trestný čin podobného charakteru. Tento požadavek se nevztahuje pouze na poskytovatele sociálních služeb, ale také na zaměstnance dané sociální služby. (zákon č. 108/2006 Sb.).

2.3 Pracovníci v sociálních službách

Druhy pracovníků, kteří mohou působit v sociálních službách, jsou vymezeny v zákoně o sociálních službách. Patří mezi ně zejména sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci a další odborní pracovníci (MPSV, 2019).

2.3.1 Sociální pracovník

Zákon o sociálních službách stanoví, že „sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče.“ Mezi další činnosti sociálního pracovníka patří vyhledávání klientů, pro které je služba určena, koordinace a plánování poskytovaných služeb. Pro výkon tohoto povolání musí sociální pracovník splňovat určité podmínky, a to zejména odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost, bezúhonnost, svéprávnost (zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální pracovník musí mít minimálně vyšší odborné vzdělání se zaměřením na sociální práci. Součástí jeho profesního rozvoje je také účast na akreditovaných kurzech, odborných stážích, nebo vzdělávacích akcích. V sociálních službách se lze setkat i s jinými zaměstnanci. Důležitou roli mají také pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí i pedagogičtí pracovníci, kteří jsou nedílnou součástí personálu. Podmínky pro výkon práce pracovníka v sociálních službách jsou rovněž stanoveny zákonem o sociálních službách (Matoušek a kol., 2011).

2.3.2. Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává především přímou obslužnou péči v pobytových nebo ambulantních zařízeních, ale může však pracovat také jako terénní

pracovník v přirozeném prostředí klienta, nebo vykonávat základní nepedagogickou výchovnou činnost. Na pracovníka v sociálních službách se vztahují podobné podmínky, jako sociálního pracovníka, zejména zdravotní způsobilost, svéprávnost a bezúhonnost. Požadavky na odbornou způsobilost nejsou tak vysoké, jako u sociálního pracovníka, ale i přes to musí pracovník absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz, aby nedošlo k situaci, při které by si nevěděl vůbec rady (Matoušek a kol., 2011).

V rámci přímé obslužné péče pracovník pomáhá klientovi například s osobní hygienou, nácvikem běžných denních činností a podporuje jeho soběstačnost. Základní nepedagogická výchovná činnost spočívá například v organizování volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti klienta, jeho zájmů a tvořivosti. Pečovatelská činnost v přirozeném prostředí klienta je zaměřena také na pomoc s chodem domácnosti a podporu udržování sociálních kontaktů (zákon č. 108/2006 Sb.).

Pokud pracovník v sociálních službách neabsolvoval akreditovaný kvalifikační kurz, pracuje pod dohledem odborně způsobilého pracovníka. Tento kurz musí absolvovat nejpozději do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání. Zaměstnavatel je zároveň povinen zajistit zaměstnancům další vzdělání v rozsahu nejméně 48 hodin během dvou po sobě jdoucích kalendářních let. Toto vzdělání může probíhat formou školení, odborných stáží, konferencí nebo akreditovaných kurzů (zákon č. 108/2006 Sb.).

3 Transformace sociálních služeb

Transformace sociálních služeb představuje soubor změn v oblasti řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb. Cílem těchto změn je, aby péče probíhala co nejvíce v přirozeném prostředí člověka a aby se postupně omezovala kapacita ústavních zařízení. Tento proces se týká zejména konkrétních sociálních služeb, u nichž je snahou zajistit každému takovou podporu, která bude odpovídat jeho individuálním potřebám a přáním, a to v prostředí, které je běžné pro nás i pro ostatní lidi ve společnosti. Transformace usnadňuje začleňování lidí s různými typy znevýhodnění do běžného života společnosti. Při vhodné podpoře mohou tito lidé fungovat v běžných domácnostech, převzít zodpovědnost za svou vlastní péči podobně jako lidé, kteří nikdy v ústavních zařízeních nežili. Zároveň mohou pracovat, věnovat se svým zálibám či udržovat sociální kontakty s lidmi, se kterými sdílejí společné zájmy, nikoliv pouze diagnózu či postižení. Naopak zařízení, která jsou oddělená od běžné společnosti nejsou pro jejich podporu vhodná. S transformací souvisí také pojem deinstitucionalizace, který označuje přesun od péče poskytované v ústavech k podpoře, která je zajišťována v rámci komunity (MPSV, 2022).

Vývoj služeb pro osoby s mentálním postižením

Před rokem 1989 byla péče o osoby s mentálním postižením zajišťována především v ústavních zařízeních sociální péče. V té době bylo běžné, že rodičům dětí s mentálním postižením bylo již v porodnici doporučováno umístit dítě do kojeneckého ústavu a bylo jim naznačováno, aby si pořídili dalšího potomka. Tento přístup se začal měnit až po roce 1989, zejména na počátku 90. let, kdy začaly vznikat nové sociální služby s charakterem chráněného prostředí. Služby byly poskytovány se záměrem vyplnit osobám s mentálním postižením jejich čas, a to prostřednictvím chráněných dílen a stacionářů, které byly poskytovány denně. Mimo vyplnění jejich času se zaměřovala i na rozvoj dovedností a vedení uživatelů k samostatnosti (Matoušek, a kol., 2015).

3.1 Deinstitucionalizace sociálních služeb

V českém prostředí je deinstitucionalizace sociálních služeb chápána jako proces postupného přechodu od institucionální péče, k podpoře poskytované v běžném a přirozeném prostředí člověka. Hlavním cílem tohoto procesu je zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením a umožnění života co nejvíce podobnému životu jejich vrstevníků. Tento celý proces zahrnuje rušení velkokapacitních ústavních zařízení a zahrnuje také rozvoj komunitních

sociálních služeb. Tyto služby jsou zaměřeny především na individuální potřeby uživatelů, jejich samostatnost a začlenění do společnosti (MPSV, 2022).

Vize deinstitucionalizace

Pro člověka využívajícího sociální služby znamená proces deinstitucionalizace především možnost volby, kde chce žít, a možnost využívat sociální služby v místě, kde žije. Zároveň jde o možnost žít běžným způsobem života a zastávat běžné sociální role, například roli syna nebo dcery, kamaráda či kolegy. Důležité je také využívat běžných služeb ve společnosti, jako například zaměstnání nebo účast na společenském životě v obci. **Pro poskytovatele** sociálních služeb je deinstitucionalizace naplněna ve chvíli, kdy se stává součástí sítě běžných služeb a podpůrných zdrojů, které jsou dostupné ve společnosti. Úkolem je reagovat na potřeby uživatelů, podporovat je v jejich soběstačnosti a udržovat či je začleňovat do společnosti. **Pro zadavatele sociálních služeb** je deinstitucionalizace úspěšná tehdy, pokud jsou služby dostupné ve správný čas, na správném místě. Zároveň jsou finančně dostupné a odpovídají potřebám uživatelů. Proces je považován za úspěšně dokončený ve chvíli, kdy žádný uživatel sociální služby není izolován od společnosti. **Pro společnost (veřejnost)** je deinstitucionalizace naplněna tehdy, kdy veřejnost vnímá osoby využívající sociální služby především skrze jejich každodenní role – jako sousedy, spolužáky nebo kolegy a přijímá je jako plnohodnotné členy komunity. Zároveň chápe důležitost podpory, kterou tito lidé potřebují (MPSV, 2022).

3.1.1 Principy deinstitucionalizace

Aby byl proces udržitelný, úspěšný a nevedl k poškození kohokoli, je nezbytné, aby v každé jeho fázi byly dodrženy určité principy. Prvním principem je sledování změn, které by měly vést ke začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života společnosti. Ačkoliv sice žijí v novém a lepším prostředí, tak aby i přesto nedocházelo k jejich izolaci. Dále se sleduje míra podpory, která je poskytována pracovníky sociálních služeb. Sleduje se přiměřenost podpory, aby nedocházelo k nadměrné péči, která by omezovala rozvoj samostatnosti. Dalším principem je účast na rozhodování všech osob, kterých se deinstitucionalizace týká. Dále se lze setkat s tím, že je deinstitucionalizace pravidelně vyhodnocována, a to z důvodu, aby byli všichni účastníci této změny v bezpečí a probíhalo vše tak jak má. V neposlední řadě je potřeba zmínit, že se deinstitucionalizace týká všech oblastí života. Nejedná se pouze o oblast sociálních služeb a podpory samostatnosti, ale zasahuje i do

dalších oblastí života. Patří sem například oblast zaměstnávání, vzdělávání, bariérového prostředí a mnoho dalších (MPSV, 2022).

Ministerstvo práce a sociálních věcí realizovalo projekt s názvem Podpora transformace sociálních služeb, jehož cílem bylo podpořit proces deinstitucionalizace v České republice. Do tohoto projektu bylo zapojeno celkem 32 zařízení z různých regionů České republiky. V rámci projektu byly zpracovány analýzy jednotlivých regionů, situace uživatelů a aktuální stav poskytovaných sociálních služeb. Byly vytvořeny také regionální pracovní skupiny, které připravovaly návrhy transformace jednotlivých zařízení. Tyto návrhy byly následně finančně podpořeny. Po ukončení pilotního projektu v roce 2013 na něj bezprostředně navázal projekt Transformace sociálních služeb, který probíhal do prosince 2015 a zapojilo se do něj celkem 40 zařízení z celé České republiky. Zapojeným zařízením byla poskytována podpora například formou vzdělávání zaměstnanců, supervizi a odborných konzultací. Součástí projektu byla také propagace myšlenky deinstitucionalizace směrem k veřejnosti, aby byl tento proces lépe pochopen a přijat jako součást modernizace sociálních služeb. Oba projekty byly financovány z prostředků Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Na tyto projekty navázal projekt Život jako každý jiný, který byl realizován v programovém období 2016-2019. Byl zaměřen na podporu krajů a obcí a také na systémové změny v oblasti začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti. Zaměřoval se také na další aktéry, kteří mají vliv na jejich začleňování. Jedná se například o soudce, lékaře, policisty a další osoby. Projekt Život jako každý jiný byl financován z prostředků Evropské sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu zaměstnanost (MPSV, 2022).

Výzkumná část

Výzkumná část práce je zaměřena na zjištění, jak pracovníci sociálních služeb vnímají proces transformace ve svém zařízení. Výzkum byl realizován formou kvalitativního šetření za využití metody polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky Domova pro osoby se zdravotním postižením.

4 Vymezení výzkumné části a cíle práce

Výzkumná část se zaměřuje na propojení teoretických poznatků s reálnou situací v praxi. Cílem je zjistit, jakým způsobem probíhá transformace sociálních služeb v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením, a jak je celkově vnímána pracovníky sociálních služeb a jakým způsobem ji vnímají uživatelé.

Cílem praktické části je:

- Zjistit, jaké to bude mít dopady na uživatele – pozitivní i negativní.
- Zjistit připravenost klientů, kteří se mají stěhovat.
- Zjistit postoje k uživatelům ze strany sociálních pracovníků a pracovníků přímé obslužné péče.

4.1 Výzkumné otázky

V rámci výzkumných otázek si autorka zvolila otázky, které se týkají jak transformace sociálních služeb, tak i pracovníků v sociálních službách a v neposlední řadě i uživatelů. Otázky jsou zvoleny podle oblastí. První oblast je na rozmluvení, druhá oblast se již týká zkušeností s transformací, třetí okruh otázek se zaměřuje na dopady na uživatele se zdravotním postižením a čtvrtý se zaměřuje naopak na dopady pracovníků přímé obslužné péče. V průběhu rozhovoru byly dle potřeby položeny doplňující podotázky, a to v případě, že byla potřeba upřesnit odpověď, anebo za účelem rozvedení otázky. Hlavní výzkumnou otázkou je: Jak vnímají pracovníci přímé péče a sociální pracovníci proces transformace v zařízení?

4.2 Metodika výzkumu

Kvalitativní výzkum

Výzkum je proces, při kterém vznikají nové poznatky. Jedná se o naplánovanou a systematickou činnost, jejímž cílem je odpovědět na výzkumné otázky a přispět k rozvoji oboru. Někteří autoři považují kvalitativní výzkum pouze za doplněk kvalitativního výzkumu, zatímco jiní jej chápou jako samostatný výzkumný přístup, který stojí v určitém protikladu k tradičnímu kvantitativnímu pojetí vědy založenému na přírodovědném modelu. V oblasti sociálních věd má dnes kvalitativní výzkum rovnocenné postavení vedle kvantitativního výzkumu. Na začátku výzkumu si výzkumník obvykle zvolí téma výzkumu a stanoví hlavní výzkumné otázky, na které chce v průběhu výzkumu hledat odpovědi (Hendl, 2023).

Kvalitativní výzkumníci používají především následující 3 typy dat. Jedná se o data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracují tedy s textem a se slovy. Jsou autoři, kteří to vnímají za hlavní rozlišující rys mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem (Švaříček, Šed'ová, 2010).

4.3 Sběr dat

Pro sběr dat autorka zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda kvalitativního výzkumu pomůže zachytit názory a postoje k celému procesu transformace, ale také pomůže sledovat změny, které nastaly v průběhu procesu. Rozhovory byly zaznamenány a následně je autorka přepsala do textové podoby. Přepisy rozhovorů jsou uvedeny v přílohách této bakalářské práce. Rozhovory byly doslovně přepsané a následně u nich byla provedena drobná jazyková a stylistická úprava za účelem zvýšení čitelnosti textu. Význam sdělení respondentů nebyl změněn.

4.4 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor je částečně řízený na základě předem vytvořených otázek a témat. Polostrukturovaný rozhovor je typický tím, že výzkumník má předem připravený okruh otázek nebo témat, kterým se chce během rozhovoru věnovat, avšak jejich pořadí není pevně stanovené. Otázky je možné v průběhu rozhovoru částečně upravovat nebo doplňovat. Důležité je, aby byla probрана všechna stanovená témata. Polostrukturovaný rozhovor představuje určitou kombinaci strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru, protože spojuje jejich výhody a zároveň omezuje jejich nevýhody. Určitá volnost v rozhovoru umožňuje vytvořit přirozenější vztah mezi výzkumníkem, respondentem a přizpůsobit rozhovor osobnosti dotazovaného, což může vést k otevřenější a plynulejší komunikaci. Na druhou stranu určitá míra sktruktury usnadňuje následné zpracování dat, jejich třídění a porovnávání (Reichel, 2009).

Výběr respondentů

Výběr respondentů nebyl náhodný, proběhl formou záměrného institucionálního výběru (limitem šetření je malý počet respondentů). Pracovnice si autorka zvolila ze zařízení, které z důvodu anonymity respondentů nebude zmiňovat, kde se nachází. Jedná se o domov pro osoby se zdravotním postižením. Výběr respondentů byl realizován metodou záměrného výběru přes instituci, kde autorka vykonávala odbornou praxi. Pracovnice byly vybrány na základě

oddělení, kterých se týká tato změna již od začátku, a proto musely začít s přípravou uživatelů na „nový život“.

Pro rozhovor byly vybrány 4 respondentky a 9 výzkumných otázek. Jedná se o 2 pracovnice, které pracují v přímé obslužné péči, tudíž provádí pečovatelskou činnost a připravují uživatele na nové komunitní prostředí. Další dvě respondentky jsou sociální pracovnice daného zařízení. Výzkum byl prováděn po dobu 1 měsíce, na základě časových možností pracovnic. Všechny respondentky byly seznámeny s účelem výzkumu a souhlasily s anonymním poskytnutím dat pro účely bakalářské práce.

Autorka textu zvolila polostrukturovaný rozhovor. Respondentkám byly pokládány stejné hlavní otázky, přičemž v průběhu rozhovoru byly využívány doplňující podotázky v rámci upřesnění odpovědí. Přehled hlavních otázek je uveden v příloze práce.

4.5 Analýza rozhovoru

Respondentka 1 –pracovnice přímé obslužné péče

Respondentka 2 – sociální pracovnice

Respondentka 3 - sociální pracovnice

Respondentka 4 – pracovnice přímé obslužné péče

4.5.1 Analýza rozhovoru R1

Charakteristika respondentky

Respondentka pracuje 11 let v domově pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) v přímé obslužné péči. Má dlouhodobou zkušenost s klienty v institucionálním prostředí, protože je s nimi v přímém kontaktu. Jako hlavní změnu vnímá zejména rozdíl v počtu pracovníků na klienta. V oblasti podpory samostatnosti však nevidí žádný rozdíl, jelikož podle jejích slov se s rozvíjením potenciálu klientů pracovalo již před zahájením transformace.

Respondentka vnímá transformaci jako proces, ve kterém jsou někteří klienti podle jejího názoru směřováni do situací, o které sami nestojí. Respondentka zároveň připouští, že transformace může mít přínos, pokud je klient vhodně vybrán a má o tento proces, který přináší změnu, skutečný zájem. Přínos podle ní zaniká, pokud je klient do procesu tlačěn.

4.5.2 Analýza rozhovoru R2

Charakteristika respondentky

Respondentka pracuje v sociálních službách přibližně 3,5 roku. Rok působí v současném zařízení na pozici sociálního pracovníka, předtím pracovala v komunitních službách. Do procesu transformace sociálních služeb vstoupila již v průběhu. Pracovala také na pozici sociálního pracovníka v rámci Chráněného bydlení. Respondentka vnímá transformaci jako cestu vpřed, která zde již měla dávno být.

4.5.3 Analýza rozhovoru R3

Charakteristika respondentky

Respondentka pracuje v sociálních službách přibližně 10-11 let, šestým rokem v současném zařízení. Zastává pozici koordinátorky transformace a současně pracuje jako sociální pracovnice. Transformace je podle ní změna, která zlepšuje klima a celkové prostředí pro klienty.

4.5.4 Analýza rozhovoru R4

Charakteristika respondentky

Respondentka pracuje 6 let v DOZP na pozici pracovníka v přímé obslužné péči. Proces transformace vnímá jako vhodnou volbou pro ty osoby, které jsou snaživé a chtějí se osamostatňovat. Ale přijde ji to jako nesprávná volba u osob, které jsou starší 60 let a jsou v daném zařízení již dlouhou dobu.

5 Analýza dat

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají proces transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, jaké to má možné dopady na uživatele, zvláště, pokud obě profese nespolupracují. Data autorka získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly vedeny se 4 respondenty, kteří pracují ve stejném zařízení sociálních služeb typu domovu pro osoby se zdravotním postižením neboli DOZP. Respondentky zastávají 2 různé pracovní pozice. Jedná se o pozici sociálního pracovníka a pracovníka v přímé obslužné péči. Konkrétně se zúčastnily 2 sociální pracovnice (R2, R3) a dvě pracovnice přímé obslužné péče (R1, R4).

Pro analýzu dat byl využitý postup otevřeného kódování inspirovaný zakotvenou teorií. V rámci této metody byly z rozhovorů vybrány konkrétní výroky respondentů, které se vztahují k tématu výzkumu. Následně byly porovnány. Výsledkem bylo vytvoření několika kategorií, které poukazují na hlavní oblasti vyskytující se v rozhovoru.

Autorka vytvořila následné kategorie na základě analýzy dat. Jedná se konkrétně o:

- Vnímání transformace sociálních služeb
- Průběh transformace v zařízení
- Změny spojené s transformací
- Zapojení pracovníků do procesu
- Zvýšení samostatnosti klientů
- Dopad transformace na uživatele sociální služby
- Negativní reakce uživatelů na změny
- Podpora pracovníků v průběhu transformace
- Největší přínos procesu transformace

Tyto kategorie představují základní tematické oblasti, které vplynuly z odpovědí respondentů, a které pomůžou lépe porozumět vnímání procesu transformace ze strany pracovníků.

5.1 Vnímání transformace sociálních služeb

Z odpovědí získaných od respondentů vyplývá, že je transformace sociálních služeb vnímána pracovníky odlišným způsobem. Zatímco ji někteří vnímají, jako krokem, který je zaměřen na zkvalitnění života osob s mentálním postižením, jiní zase poukazují na problémy, u kterých se domnívají, že mohou nastat. S problémy zmiňují také rizika, která může tento proces přinášet.

R1: „Manipulace lidmi do situace, o kterou sami nestojí.“

R2: „Je to proces vpřed, dávno to mělo být.“

R3: „Je to změna, která zlepšuje klima i prostředí pro klienty, aby odešli z velkokapacitního ústavu do komunitních služeb.“

R4: „Pro osoby s mentálním postižením, kteří jsou mladší a snaživí, je to vhodné, ale pro starší klienty mi to přijde jako nesmysl.“

Z uvedených slov je zřejmé, že zatímco sociální pracovníce to vnímají pozitivně a zaměřují se na celkový význam procesu, jakožto začlenění osob s mentálním postižením do společnosti, tak pracovníce přímé obslužné péče to vnímají naopak. Častěji poukazují na praktické obtíže, které mohou transformaci doprovázet. Zejména klienti, kteří jsou dlouhodobě zvyklí na ústavní péči a prostředí, kde doposud žili.

5.2 Průběh transformace v zařízení

Na základě odpovědí, které uvedly respondentky, je zřejmé, že průběh transformace v zařízení není jednotný, a je vnímán odlišným způsobem. Proces je ovlivněn několika faktory. Jedním z hlavních faktorů je ten, že proces bývá často řízen ze „shora“ a tak postupně probíhá. Velkou roli v tom hrají opatrovníci a rodina klientů, komunikace a dostupnost bydlení či pozemků.

R1: „Začíná to přesvědčováním, vysvětlováním a argumentováním, proč by chtít měl.“
Dále R1 uvádí, že: „Kladou se mu z mého úhlu pohledu takové otázky, které ho manipulují do té situace, kdy má pocit, že nemá na výběr.“

R2: „Kolikrát byl klient motivovaný a mohl jít, ale rodina ho zlomila a odmítla.“

R3: „Jde to ze shora a my plníme jednotlivé etapy, které si sami určujeme.“

R4: „Zatím nám odchází snaživí klienti...horší bude, až odejdou ti starší.“

Z uvedených slov je patrné, že je transformace dlouhodobým procesem, který je zaměřen na přípravu klientů a jejich postupný přesun do komunitního bydlení. Zároveň je ovlivněn určitými faktory, jako jsou reakce rodin či nedostupnost bydlení.

5.3 Změny spojené s transformací

Další téma, které se v rozhovorech objevuje, bylo konkrétní změny spojené s procesem transformace. Respondentky uváděly převážně zvýšené pracovní zatížení a nové pracovní úkoly, na které nebyly doposud zvyklé.

R1: „Podle mě se nejvíce změní počet pečovatelek na klienta.“

R2: „Je s tím spousta administrativy, schůzek a práce navíc.“

R3: „Myšlení lidí, hlavně zaměstnanců a rodin. Myslím si, že ti klienti by byli více adaptivní, kdyby neměli tady tento tlak z okolí.“

R4: „Nás se týká zvýšená administrativní zátěž, protože musíme zapisovat nácvikové plány.“

Z odpovědí je zřejmé, že transformace neprobíhá pouze změnami, které jsou v systému služeb, ale také se mění a zvyšuje pracovní náplň zaměstnanců.

5.4 Zapojení pracovníků do procesu

Pracovnice popisují rozdílnou míru zapojení do procesu, což lze očekávat na základě jiných pracovních pozic. Zatímco někdo je důležitou součástí v plánování transformace, další je zapojen pouze okrajově.

R1: „Do samotného procesu jsem vyloženě zapojena nebyla...ale v rámci nácviků s klienty jsem zapojena byla.“

R2: „Já nejsem žádná hlavní osoba, spíše bych řekla, že jsem takový řadový pěšák...jsme spíš spojky mezi několika lidmi, aby se ten proces vlastně stal.“

R3: „Jsem do něj zapojená velmi. Mám pozici koordinátorky transformace.“

R4: „Připravovala jsem svého klienta, který mi právě v únoru odešel.“

Zapojení pracovníků se výrazně liší na základě pracovní pozice, kdy sociální pracovnice mají větší vliv na průběh transformace než pracovníci v přímé obslužné péči, kteří převážně provádí nácviky s klienty.

5.5 Zvýšení samostatnosti klientů

Oblast samostatnosti je vnímána různými pohledy. Některé respondentky ji vnímají jako hlavní přínos, zatímco jiné zdůrazňují individuální schopnost klienta.

R1: „Že by se naučili něco v sebedůvěře navíc, to ne.“

R2: „Možná jsou to neviditelné kroky, ale jakmile došlo k přestěhování toho prvního klienta, tak měl konečně možnost použít to, co umí...má více příležitosti mluvit, protože si zařizuje svůj život.“

R3: „Snažíme se, aby byli více sebevědomí a zkusili více činností...snažíme se, aby se zmenšovala ta závislost na službě.“

R4: „Podle mě záleží na povaze člověka. Někdo je snaživý, chce se to naučit...někdo čeká, že za něj někdo něco udělá, je to těžký.“

Z odpovědí vyplývá, že ke zvýšení samostatnosti dochází převážně v prostředí komunitního bydlení, kde jsou klienti více motivováni ke každodenním běžným činnostem. Také ale záleží na jejich celkové motivaci, podpoře okolí a individuálních schopnostech.

5.6 Dopad transformace na klienty

Z rozhovorů je patrný jiný pohled pracovníků na dopady na klienty, které mohou být součástí transformace sociálních služeb. Všechny respondentky se shodly, že mohou být součástí jak pozitivní změny, tak určité obtíže, se kterými může přijít klient do kontaktu. Pozitivní dopady jsou podle respondentek spojeny s vyšší mírou samostatnosti klientů a s možností žít běžnějším způsobem života, než byli doposud zvyklí. Některé pracovnice uváděly možnost rozhodovat se o svém každodenním životě.

R1: „Snažíme se, aby byl jejich potenciál maximálně využitý.“

R2: „Když se klient přestěhoval, měl možnost konečně využít to, co se naučil.“

R3: „Asi vnitřně vědí, že by to bylo dobré, ale nechtějí zklamat tu rodinu.“

R4: „Pro osoby, které jsou snaživé, je to vhodné.“

Z odpovědí je patrné, že dopady mohou být ovlivněny také rodinným prostředím, které může být pro klienta podporou, ale také ho může brzdit v jeho rozhodnutí.

5.7 Negativní reakce uživatelů na změny

V rámci rozhovorů byly zjištěny určité negativní reakce, které jsou spojeny s procesem transformace a se změnami, které právě tento proces přináší. Nejčastěji se jedná o projevy strachu, nejistoty a velkého napětí.

R1: „Nervozita a velké napětí, hodně se škrábou při tématu jiného bydlení.“

R2: „Tam se právě ve spolupráci s psychoterapeutkou zaměřuje na ty jejich obavy.“
Dále také zmiňuje: „Všichni máme obavy a musíme je řešit.“

R3: „Každý se určitě bojí z neznáma a změn, takže nejistota tam byla, ale dala se ustát.“

R4: „Hodně nejistota, jak to budou zvládat.“

Je patrné, že klienti mají proces transformace spojen především s negativními emocemi. Tyto reakce mohou mít vliv na adaptaci na změnu.

5.8 Podpora pracovníků

Dalším tématem, které se v rozhovorech objevovalo, byla celková odborná podpora pracovníků, která je poskytována v rámci procesu transformace. Respondentky v rámci tématu uváděly, že tato změna přináší nové požadavky, které se odráží na jejich práci a vzniká tím i větší pracovní zátěž, více úkolů, které v rámci práce musí zvládat. Sociální pracovnice poukazyvaly zejména na zvýšené nároky, které se vyskytují převážně v oblastech plánování, komunikace a nadále také koordinace.

R1: „Já jsem na žádném konkrétním školení ohledně transformace nebyla.“

R2: „Máme supervizi a bylo hodně školení.“

R3: „Náš zřizovatel Jihomoravský kraj nám poskytuje bezplatná školení v rámci transformace, dále metodička, která se na tohle zaměřuje.“

R4: „V rámci transformace spíš ne. Děje se to pouze v transformačním týmu, kde my nejsme. Jsou tam pouze vedoucí.“

Z odpovědí vyplývá, že podpora je v zařízení poskytnuta v rámci školení nebo supervize. Zároveň se však ukazuje, že ne všem se tato podpora poskytuje. Některé respondentky uvádí, že jsou zapojené až v pozdějších fázích, anebo zmiňují účast na školení pouze část zaměstnanců.

5.9 Největší přínos transformace

Respondentky se shodují, že transformace může přinést pozitivní přínosy, například v jejich začlenění do společnosti. Zároveň ale poukazují na to, že je důležité, aby byl zapojen vhodný klient.

R1: „Když je za mě zvolený vhodný klient, tak si myslím, že to má velký přínos, protože jsou klienti, kteří po tom touží.“ Dále ale také zmiňuje, že: „Pokud je do toho někdo manipulovaný a nechce, ten přínos až tak nevidím.“

R2: „Myslím si, že je to skvělý, že budou vidět, protože naše společnost je potřebuje vidět.“

R3: „Myslím si, že to přispěje ke zkvalitnění celkové společnosti.“

R4: „Přínos já vnímám pro ty snaživé, až se zapojí do společnosti. Otázka je, zda je společnost přijme, protože poznají, že jsou jiní.“

Z odpovědí je patrné, že největším přínosem je právě podpora samostatného života klientů, celková změna, co se týká přístupu k osobám se zdravotním postižením. Zároveň je potřeba zohlednit individuální potřeby klientů, aby ten proces mohl být přínosem.

6 Diskuse

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak je vnímán proces transformace pracovníky, kteří pracují v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Dle analýzy rozhovoru se ukázalo, že je vnímán různými způsoby, přičemž je jejich pohled často ovlivněn rolí, kterou v zařízení a v procesu zastávají. Jedním z výrazných zjištění výzkumu byl rozdíl vnímání celého procesu mezi sociálními pracovníky a pracovníky v přímé obslužné péči. Sociální pracovnice v rozhovorech zdůrazňovaly především nezbytný význam transformace. Vnímaly to jako krok, který má vest k individualizaci služeb. Tento pohled souvisí s principy deinstitutionalizace, které zdůrazňují právo osob se zdravotním postižením na život v běžném prostředí (MPSV, 2022).

Naopak pracovnice v přímé obslužné péči ve svých odpovědích často poukazovaly na praktičtější dopady transformace na život klientů. Jednalo se zejména o obavy klientů spojené se změnou prostředí, nejistotu, která souvisela s novými situacemi, kterými jsou klienti vystaveni, stres, který vyvolává proces transformace. Kládli se důraz na klienty vysokého věku, kteří to nemusí zvládnout dobře dle respondentů. Například R3 uvedla, že:

„Myslím si, že taková společenská změna., která přispěje ke zkvalitnění celkové společnosti. Dříve osoby s mentálním postižením byli vytrženi ze společenského života a dáni do ústavu. Je to ukázka nás, že se k osobám s mentálním postižením umíme chovat s úctou a respektem.“

Zatímco pracovnice v přímé obslužné péči se ve svých odpovědích více zaměřovaly na praktické dopady. Ve svých odpovědích byly velmi konkrétní a popisovaly několik situací, které se v nácvicích a přípravě na transformaci děly u nich na oddělení. Konkrétní případy popisovala R1 jako:

„Probíhá zde velká nervozita a napětí, hodně se při tématu komunitního bydlení škrábou.“

Podobná situace nastala v další výpovědi, kdy jeden z respondentů v pozici sociálního pracovníka uvedl:

„Klienti mají najednou více možností se rozhodovat sami za sebe, například co budou dělat během dne a kam budou moct jít.“ (R2)

Na druhou stranu byly součástí rozhovoru zmínky o tom, že může být transformace pro některé klienty velmi náročná. Změna prostředí, vyšší nároky na již zmíněnou samostatnost, které mohou vyvolávat velké obavy. Jedna z pracovnic uvedla:

„Klienti, kteří zatím zůstávají v zařízení, jsou nejistí, neví, co s nimi bude. Hodně to na ně doléhá, že jim odchází kamarádi. Vyskytl se hodně strach, zda to vůbec zvládnou, mají strach z neznáma.“ (R4)

Tyto rozdíly ve vnímání mohou souviset s odlišnou pracovní náplní. Zatímco sociální pracovnice mají v rámci každodenní práce více plánování a organizace, tak pracovníci v přímé obslužné péči mají na denní bázi právě přípravu klientu, setkávají se s jejich obavami a přípravou, vnímají více jejich pocity, protože se s nimi denně potýkají. Tento rozdílný pohled má ve většině případů dopad právě na ty uživatele, protože každý má k němu jiný přístup.

Dalším významným tématem bylo role rodiny a opatrovníků. Respondentky uváděly, že právě rodiny mohou mít na rozhodování klientů velký vliv. Rodinní příslušníci mohou mít obavy o schopnosti klienta zvládnout samostatnější způsob života. To může vést k příčině zpomalení transformace a jiným komplikacím.

Výzkum ukázal, že transformace může přinést pozitivní změny pro samotné klienty. Respondentky uváděly příklady klientů, kteří po přechodu do komunitního bydlení získali větší samostatnost a možnost rozhodovat se více o svém každodenním životě. Tohle je hlavním cílem transformace sociálních služeb, jakožto podpora samostatnosti a sociálního začlenění osob se zdravotním postižením. Důležité je vnímat pozitivní změny, ale je potřeba být při práci s klienty obezřetný a nezanedbat přípravu, ať už se jedná o praktickou či teoretickou. Být více jednotní při přípravě. Změny pro osoby s mentálním postižením jsou velmi náročné a nedostatečná příprava by jim mohla zkomplikovat život. Při jednotnosti by měla být také jednotná podpora, která se dle slov pracovníku v přímé obslužné péči nedostala. Na oblast podpory respondentka R2 uvedla: „Díkybohu již máme supervizi, která zde doposud nebyla. Vidím v tom velkou podporu, která sice nemusí být zřejmá hned, ale je to způsob, kterým může člověk ventilovat to, co ho tíží. Školení bylo naopak až příliš, měla jsem pocit, že nestihnu svojí práci.“

Pracovnice v přímé obslužné péči neměly pocit, že by se jim vůbec nějaká podpora poskytla. Obě respondentky, jak R1, tak R2 si stojí za tím, že školení sice bylo, ale bývá omezené kapacitou, takže se stává, že se na něj nedostaví všichni pracovníci. Respondentka 1 zmiňuje:

„Určitě byly školení, ale ne všichni z oddělení na něm byli, protože se na každé školení vybere pouze pár pracovníků skrz kapacitu. Já jsem konkrétně na žádném nebyla. Nebyla jsem na konkrétním školení, které probíhalo v oblasti transformace.“ Odpověď se shoduje také s respondentkou 4. Právě ta podpora pomáhá při porozumění procesu a může to nést následek nepochopení procesu a nechuť klienty vůbec připravovat z důvodu podcenění přípravy.

Je však potřeba zmínit, že výsledky nelze zobecňovat na všechny pracovníky sociálních služeb, protože se jednalo o rozhovory, které byly realizovány pouze se 4 respondenty, a to z jednoho zařízení. Výzkum však může poskytnout zajímavý pohled na zkušenosti pracovníků jednoho konkrétního zařízení, které se nachází v procesu transformace.

V rámci výsledků lze uvést nějaké doporučení pro praxi. Jedním z nich je podpora pracovníků, kteří se na procesu podílejí. Supervize, stáže, které by jim ukázaly, jak to bude probíhat a neměli strach, supervize, která by jim mohla pomoci zvládnout nejistoty. Další část podpory by byl vhodné věnovat posílením komunikace mezi jednotlivými pracovníky sociální služby. Dbát na otevřenou komunikaci, více porozumění. Důležité je aktivní zapojování klientů do rozhodování, protože se jich to týká. Mohlo by to vést ke snížení napětí a strachu z neznáma.

Tato bakalářská práce může poukázat na oblasti, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost při realizaci transformace a také může porozumět více postojům jednotlivých pracovníků.

6.1 Shrnutí výsledků výzkumu

V této kapitole jsou shrnuty výsledky výzkumu a zároveň jsou zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. Výzkum byl zaměřen na vnímání procesu transformace sociálních služeb pracovníky ve vybraném zařízení a na dopady transformace na uživatele služby.

Z výzkumu vyplynulo, že proces transformace je vnímán různými způsoby. Část respondentů vnímá transformaci jako pozitivní změnu, která vede klienty k samostatnosti a zároveň se podílí na začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti. Jiné respondentky vnímaly transformaci jako náročný proces, který s sebou nese stres, obavy a nejistotu jak u klientů, tak pracovníků.

Respondentky se shodovaly při průběhu transformace v zařízení. Jedná se především o přípravu klientů na přechod do komunitního bydlení, nácvik běžných činností a komunikace jak s rodinou, tak s opatrovníky klientů.

Pohled respondentů se lišil zejména při jmenování největších změn při transformaci. Byla zmíněna větší samostatnost, možnost rozhodovat se o vlastním životě, změna prostředí. Zároveň se poukazovalo na náročnost změn, který tento proces přináší. Zejména pro starší klienty nebo klienty, kteří jsou dlouhodobě zvyklí na pobytové zařízení.

Pracovníci jsou do procesu zapojeni dle pracovní pozice, kterou v práci vykonávají. Především se však jedná o přípravu klientů, nácvik praktických dovedností, komunikace s rodinami klientů a školení.

Výzkum také ukázal, že u některých klientů došlo v průběhu příprav na transformaci ke zvýšení samostatnosti, například v pohybu mimo zařízení, nakupování či péči o domácnost. Na druhou stranu se respondentky setkávaly také s negativními reakcemi uživatelů. Jednalo se o strach z nového prostředí, nejistotu, obavy.

Podpora pracovníků byla poskytnuta především formou školení, supervizí, avšak některé respondentky uváděly, že podpora nebyla vždy dostatečná nebo nebyla dostupná pro všechny pracovníky.

Jako největší přínos transformace sociálních služeb respondentky považují zvýšení kvality života klientů, větší samostatnost klientů, začlenění do společnosti.

7 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Hlavním záměrem této práce bylo zjistit, jaké dopady může transformace mít na uživatele – ať už pozitivní, či negativní. Dílčím cílem bylo zjistit, jaká je připravenost klientů, kteří se mají podle plánu stěhovat do komunitního bydlení. Pozornost byla rovněž věnována postojům, které mají sociální pracovníci a pracovníci přímé obslužné péče k procesu transformace.

Teoretická část práce sloužila k vymezení základních pojmů, které úzce souvisí s transformací sociálních služeb. Teoretická část se především zaměřovala na vymezení a charakteristiku zdravotního postižení, a poté konkrétněji charakteristiku mentálního postižení. Dále byla jedna kapitola věnována sociálním službám, jejich zřizovatelům, pracovníkům a registru. Poslední kapitola pojednávala o transformaci, historii sociálních služeb a deinstitucionalizaci, která obsahovala i shrnutí hlavních principů.

Výzkumná část byla realizována formou kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která měla sloužit k tomu, aby se získala širší perspektiva na celkové zkušenosti pracovníků, jejich názory, které byly důležitým a věcným zdrojem pro tuto část práce. Pro polostrukturovaný rozhovor byly zvoleny 4 respondentky, které společně pracují ve vybraném zařízení. Jednalo se konkrétně o 2 sociální pracovnice a 2 pracovnice přímé obslužné péče.

Z analýzy dat bylo zjištěno, že pohledy a postoje pracovníků k transformaci sociálních služeb nejsou stejné a v mnoha ohledech se liší. Pracovnice přímé obslužné péče měly k transformaci více kritický postoj. Jejich vyjádření bylo především o obavách související s vhodností transformace pro všechny klienty. Podle jejich zkušeností vypovídají, že komunitní prostředí není vhodné pro všechny uživatele služby. Obzvláště zmiňují klienty s vyšší mírou potřeby, nebo pro ty klienty, kteří jsou v zařízení dlouho a mají k tomu místu vytvořený vztah. Pracovnice také hovořily o nejistotě klientů, která je doprovází procesem.

Naopak sociální pracovnice měly spíše pozitivní vidiny. Ačkoliv ví, že změny mohou být v mnoha ohledech náročné, vyvolávají nejistotu a napětí, tak považují transformaci za důležitý krok, který vede ke zvýšení kvality života uživatelů. Sociální pracovnice zdůrazňovaly důležitost přípravy na samostatné bydlení. Dále z jejich slov vyplývá, že celý proces jim může pomoci k jejich začlenění do společnosti.

Výsledky také ukázaly, že každá příprava klientů je velmi individuální a závisí na řadě faktorů. Jejich individuálních charakteristikách, míru podpory či způsob, jakým je realizován celý proces transformace. Důležitou roli v tom hraje i to, jaký je zvolen přístup a spolupráce mezi pracovníky. Zásadním předpokladem pro to, aby byla transformace úspěšná je především kvalitní a dlouhodobá příprava klientů na změnu prostředí, dostatečná podpora jak pracovníků, tak klientů a motivace. Stanovené cíle bakalářské práce se podařilo naplnit. Byly zjištěny možné pozitivní i negativní dopady na uživatele. Také byla zjištěna míra připravenosti uživatelů a v neposlední řadě postoje pracovníků. Aby proces transformace fungoval, tak by bylo potřeba zaměřit se i na maximální přípravu pracovníků přímé obslužné péče, nikoliv pouze klientů. V obou případech si neumí představit, o co vlastně jde, když se řekne pojem transformace. Stáže by jim mohly ukázat, jakým způsobem to probíhá a probíhat bude.

8 Seznam literatury

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče*. 2.díl. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5147-4.

ČERMÁKOVÁ, Kristýna a STRAKOVÁ, Martina. *Standardy kvality sociálních služeb - příručka pro uživatele*. Online. Standardy kvality sociálních služeb. 2008. Dostupné z: https://mpsv.gov.cz/cms/documents/bb107dde-073a-0a05-ebbb-0b4ce7dec84d/skss_final_web.pdf. [cit. 2026-03-09].

ČERNÁ, Marie; ŠÍŠKA, Jan a STRNADOVÁ, Iva. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Přepřacovaná a aktualizované vydání. Praha: PORTÁL, 2023. ISBN 9788026219682.

KUPER, Hannah; AZIZATUNNISA, Luthfi; GATTA, Danae Rodríguez; ROTENBERG, Sara; BANKS, Lena Morgon et al. Building disability-inclusive health systems. Online. *The Lancet Public Health*. 2024, no. 5, s. e316-e325. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00042-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00042-2). [cit. 2025-05-30].

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MATOUŠEK A KOL., Oldřich. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MPSV. *Sociální služby*. Online. 2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>. [cit. 2025-05-30].

MPSV. *Transformace sociálních služeb*. Online. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 14.března 2019. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/transformace-socialnich-sluzeb>. [cit. 2026-03-25].

MPSV. *Transformace sociálních služeb*. Online. Transformace sociálních služeb. 2019. Dostupné z: <https://mpsv.gov.cz/transformace-socialnich-sluzeb>. [cit. 2026-04-10].

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3709-6.

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

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3941-0.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *F70-F79 – Mentální retardace*. Online. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (MKN-10). 1993. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F71>. [cit. 2025-05-31].

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Kódovací nástroj MKN-11*. Online.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Statistiky úmrtnosti a nemocnosti*. 2022. Dostupné z: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/cs/2025-01. [cit. 2026-04-06].

ŠÁMALOVÁ, Kateřina. *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením*. Univerzita Karlova: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3469-2.

ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan; LEČBYCH, Martin a, a kol. *Mentální postižení*. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan; MICHALÍK, Jan; LEČBYCH, Martin a, a kol. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

Zákon 108/2006, Sb. O sociálních službách

Zákon o sociálních službách. Online. *Zákony pro lidi*. 2006, 2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20250528?porov=20250301>. [cit. 2025-05-30].

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3856-7.

9 Přílohy

Příloha 1 – rozhovor s respondentem R1

Respondent: Pracovník v sociálních službách

Délka praxe: 11 let

Tazatel: Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

R1: 11 let, pouze v DOZP v přímé obslužné péče

Tazatel: Jak byste popsala transformaci svými slovy?

R1: Manipulace lidmi do situace, o kterou sami nestojí.

Tazatel: Jak transformace sociálních služeb v zařízení probíhá?

R1: Probíhá tak, že se sociální pracovnice, která tedy s klientem není na oddělení, rozhodne, koho do této pozice nominuje. Poté za klientem jdou, zeptají se ho, zda by o to měl zájem a když řekne, že nechce, tak se na něm pracuje. Začíná to přesvědčováním, vysvětlováním a argumentováním, proč by chtít měl. Kladou se mu z mého úhlu pohledu takové otázky, které ho manipulují do té situace, kdy má pocit, že nemá na výběr. Tím, jak je mentálně znevýhodněný, tak na to většinou kývne. Bohužel se to většinou děje bez opatrovníků, což se mi také nelíbí. Opatrovník klienta je poté postaven před hotovou věc, anebo je na něj vyvíjen takový nátlak až nehezkým způsobem, že prostě musí, protože ho nemůže omezovat v tomhle rozhodnutí, ačkoliv má klient od soudu stanovené omezení.

Tazatel: Byla jste do procesu nějak zapojená? Pokud ano, jak?

R1: Do samotného procesu jsem vyloženě zapojena nebyla, protože u klienta, který šel do transformace, tak jsem mu nedělala klíčového opatrovníka, ale v procesu se nastavují individuální plány v rámci nácviku, takže tam jsem byla zapojená. Bylo to z důvodu, že jsem byla na jeho komunitě, tudíž ačkoliv jsem nebyla jeho klíčovým pracovníkem, tak jsem s ním během dne nácviku dělala, protože jsem byla ve službě.

Tazatel: Co se podle vás nejvíce mění při transformaci?

R1: Podle mě se nejvíce změní počet pečovatelek na klienta. Myslím si, že to je jediná změna, protože když se ten klient projevuje nějak v zařízení, tak se maximálně pracuje s tím, aby jeho potenciál byl maximálně využitý, takže se snažíme nepřepečovávat. Vlastně u klientů nastaly změny. Nervozita, strach, obavy, nejistota z neznáma, vůbec nevěděli, do čeho půjdou. Na to konto s nimi začali sociální pracovníce jednat tak, že donesli fotky domečků se zahradou, že tak by to tam mohlo vypadat, aby je uklidnili s tím, že tam budou mít také zahrádku. Na to se pak bohužel jeden uživatel upnul, protože u nás chodil sám na procházky okolo zařízení a ve finále je v bytě. Zahrádka tam není.

Tazatel: Máte pocit, že by se zvýšila samostatnost klientů?

R1: Asi ne. Nastěhoval se k nám klient a ten doma vůbec nijak nemluvil, ale u nás se úplně otevřel v rámci komunikace. A rodina z toho byla překvapená, že začal mluvit i s nimi. Toto jsme brali jako posun dopředu, ale že by se naučil něco v sebedůvěře navíc to ne. Myslím si, že se to změnit může v komunitním prostředí, protože to má velký vliv na tu psychiku. Myslím si, že může dojít k tomu, že se zase uzavře.

Tazatel: Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi uživatelů na změny?

R1: No nervozita a velké napětí, že se hodně škrabou při tématu jiného bydlení. Jsou to toho smutní. Mají strach z neznáma. Má to vliv na tu jejich psychiku. Řešilo se to hodně komunikací ze strany sociálního pracovníka, který za klienty chodí a snaží se je přesvědčit, že to tam bude lepší. Ze začátku těch negativních reakcí bylo hodně. Čím déle se s nimi ale o tom komunikovalo, tím více nervozita ustupovala. Avšak nedovedu si představit reakce, které nastanou až mezi někým bude muset přijít odloučení. Máme na oddělení klienta, který tam má zároveň svojí přítelkyni, která ale zatím zůstává, protože je imobilní, ale on odchází, protože je mobilní. Ten rodině řekl, že s nimi Vánoce strávit nechce, protože je chce strávit naposledy s ní. Oba si uvědomují, co to obnáší. Kvůli tomu vznikaly často i konflikty.

Tazatel: Jak byla zajištěna podpora pracovníků? (např. školení, supervize)

R1: Určitě byly školení, ale ne všichni z oddělení na něm byli, protože se na každé školení vybere jen pár pracovníků skrz kapacitu. Ale já jsem na žádném konkrétním školení ohledně transformace nebyla. A co se týká nějaké podpory v týmu, tak když máme nějaký problém, tak se o něm můžeme pobavit s naší vedoucí. Žádnou podporu si neuvědomuji. Možná nějaký klíčový pracovník měl roční přehodnocování, tak tam to možná řešili, ale já jsem klíčovým pracovníkem osob, kterých se to ještě netýká.

Tazatel: Vnímáte v tom procesu nějaký větší přínos?

R1: Když je za mě vhodně zvolený klient, tak si myslím, že to má velký přínos. Protože jsou klienti, kteří po tom touží. Ale pokud je do toho někdo manipulovaný a nechce, tak v tom ten přínos až tak nevidím. Tohle bylo pro mě nejtěžší. Vnímat to, jak je klient manipulovaný do situace, do které ani nechce. To, že budou bydlet sami, s tím jsem v pohodě, když to chtějí. Ale pokud někdo řekne, že to nechce, poté to řekne znovu před opatrovníkem a pečovatelkami a stojí si za tím, ale pořád se přesvědčuje, že je vhodným klientem, a že v tom zařízení nemá co dělat, tak to se mi nelíbí. Nejvíc mě mrzí, že nejsou respektovány jeho přání, protože se všude říká, že se mají respektovat, ale nejsou respektovány.

Příloha 2 – rozhovor s respondentem R2

Respondent: Pracovník v sociálních službách

Délka praxe: 2 roky

Tazatel: Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

R2: V tomto zařízení pracuji rok, ale předtím jsem pracovala 2 roky v sociálních službách komunitního typu. Půl roku jsem pracovala jako sociální pracovník na chráněném bydlení a nyní pracuji půl roku jako sociální pracovník na DOZP.

Tazatel: Jak byste popsala transformaci sociálních služeb svými slovy?

R2: Je to cesta vpřed, kupředu, dávno to mělo být. Za mě osobně jsem vyrůstala v rodině, kde můj bratr má těžký zdravotní postižení a můj táta tenkrát hledal zařízení, kdy by mohl být. A v okolí byla možnost využít pouze tohle zařízení. Když to ale tatínek tehdy viděl tak říkal, že ho do takového koncentráku nedá. Jsem ráda, jak se to zde změnilo, ale pořád to není ještě na takové úrovni ta péče nebo ty možnosti té péče, jako by měly být. Což ty komunitní služby mají poskytnout, ten standard má být vyšší. Ti lidé se mají právo cítit jako doma. To znamená, že nebudu bydlet na oddělení s 20 lidmi. Je to jak v nemocnici, protože tam někoho potkávám na záchodě. Je to obří komunita lidí, kde si nelze uhájit svoje hranice, nemůžu si organizovat svůj život. Je to stále takové velké tady. Co se týká ale profesní stránky, tak je s tím ale spousta administrace, schůzek, práce navíc, velká zátěž pro pracovníky. Spousta školení, Je to

velice zatěžující proces a doufám, že to bude rychlé, protože kdyby to takhle mělo být ještě několik let, tak si myslím, že je to na vyhoření pro všechny pracovníky.

Tazatel: Co se podle vás nejvíce mění při transformaci?

R2: Je pravda, že jsem nastoupila do rozjetého vlaku, protože jsem nastoupila již v období transformace. Takže nevím status vpřed. Ale vidím, že jednou měsíčně se schází transformační tým, kde se setká zástupce zřizovatele, zástupce tohoto zařízení a metodici a zasypou nás úkoly. Z toho vznikne návod na další měsíc, který musíme udělat. Tudíž vznik nějakých plánů podpory uživatelů. Pracovníci jsou toho dotknutí, protože musí mapovat, jakou míru podpory uživatelé potřebují. Podle toho se rozdělují na té škále, jestli bude uživatel v DOZP nebo chráněném bydlení a podle toho se plánuje kde to bude, shání se byty a domečky. Takže velká administrativa a hodně schůzek. Nás sociálních pracovníků se hodně týká řešení s opatrovníkama, kteří kladou velký odpor. Jsou často v šoku, co se to děje, takže i ta komunikace se o dost zvýšila, než byla předtím.

Tazatel: Jak probíhá transformace přímo tady v zařízení?

R2: Mělo to být už od listopadu minulého roku, pak se to posunulo kvůli bytům, které nebyly připraveny, Ale začátkem března se odstěhují 2 uživatelé. Mělo jich být 5, ale z důvodu opatrovníků, kteří nesouhlasí, tak to stojí hodně vysvětlování. Kolikrát byl klient motivovaný a mohl jít, ale rodina ho zlomila a odmítla. Takže on tam má nachystaný byt, ale nepůjde. Uživatel by s tím třeba i souhlasil, kdyby byl od nich více motivován. Rodina často volá s klienty a říká jim, ať jinam nechodí, že by se museli sami oblékat. A ačkoliv to v zařízení normálně dělají, tak tady je to děsivější. Takže nyní odchází 2 uživatelé, jeden z chráněného bydlení a druhý z DOZP do nově vzniklého domu. 1 uživatel už zvesela bydlí měsíc již v bytu. Dbáme vždy na to, kam půjdou, záleží, co jim vyhovuje. Zda mají rádi velká města, nebo malá, zda se rádi pohybují venku, či moc ne. Zda mají zájem o nějaké zázemí jako je zahrada. Tohle plánujeme právě na těch schůzkách každému na míru. Pokud s tím ale opatrovník nesouhlasí, tak nelze klienta odstěhovat. Poté ale nastává vyjednávání o smlouvu na dobu určitou, aby si našel jiné DOZP, kde by se mu třeba líbilo. My jim nabízíme změnu, protože sem úplně nepatří. Takhle schopní lidé nepotřebují vysokou míru podpory, což DOZP má poskytovat, a naopak chráněné bydlení je pro ty, co potřebují nižší míru podpory.

Tazatel: Byla jste do procesu transformace nějak zapojena?

R2: Já nejsem žádná hlavní osoba, spíše bych řekla, že jsem takový řadový pěšák. Spíše řeším agendu, ale jsem v první linii. Vždy když se objeví úkoly, tak je společně s kolegyní řešíme. Takže komunikace s opatrovníky, vyjednávání je na nás. Ale shánění bytu je na paní ředitelce a zřizovateli, do toho nezasahujeme. Pouze komunikace, práce s psychoterapeutkou. Jsme spíš takové spojky mezi několika lidmi, aby se ten proces vlastně stal.

Tazatel: Máte pocit, že se zvýšila samostatnost klientů?

R2: Určitě vidím velkou práci paní psychoterapeutky, která jim poskytuje vysokou podporu v tom, aby se postavili na své nohy. Možná jsou to neviditelné kroky, ale jakmile došlo k přestěhování toho prvního klienta, tak měl konečně možnost použít to, co umí. Narovinu, tady v DOZP si nemůžete naplánovat co budete snídat, nebo se domluvit s klienty, že si dáte na večeri klobásu. Nebo jako jde to, ale vy víte, že v kuchyni kuchaři navaří na večeri, takže by to bylo zbytečné. Tady si to stačí vybrat. Na chráněném bydlení ale mají prázdnou lednici, takže si musí jít nakoupit. Tento klient rád chodil ven, takže nyní alespoň chodí za nějakým účelem a my vidíme, jak tady vlastně rozkvetl. Jak má více příležitosti mluvit, protože si zařizuje svůj život. Ale tohle nastává, až jsou ve svých podmínkách. My jim v tomto zařízení můžeme poskytnout nácvik, ale ta pravá motivace je, až nemají na výběr. Proč by si tady prali oblečení, když zde je prádelna a ostatní si nechávají oblečení prát? Třeba ale s klienty s psychiatrickou diagnózou je to velký klacek pod nohama, protože se nemůžou tak zaktivizovat, když nevidí, že to potřeba.

Tazatel: Setkala jste se s negativními reakcemi uživatelů na změny?

R2: Stoprocentně. Tam se právě ve spolupráci s tou psychoterapeutkou zaměřuje na ty jejich obavy a sestavuje se plán. Zaměřuje se na obavy v rámci stěhování, co nejvíce potřebují, čeho se třeba nejvíce bojí. Na tomhle se pak krok po kroku pracuje. Máme tady třeba klientku, která se má stěhovat a měla obavu z praní. Vážně ji to trápilo. Tak se tady domluvilo, že si bude prát sama. Ona měla svojí motivaci skrz ty svoje obavy. Takže se to naučila před přestěhováním se a určitě takhle mají obavy i opatrovníci. Všichni máme obavy a musíme je řešit.

Tazatel: Jak byla zajištěna podpora pracovníků?

R2: Díkybohu již máme supervizi, která zde ještě nebyla, když jsem nastupovala. Za mě slyším jenom dobré ohlasy, takže doufám, že jsme si se supervizorkou sedly, Takže v tom vidím velkou podporu, která sice nemusí jít vidět hned, ale je to způsob kdy člověk může

ventilovat co ho tíží a ten supervizor ho nasměruje a podpoří ho. Školení bylo strašně moc, ale za mě až příliš. Jsou sice skvělé a za mě věcný informace, ale člověk musí pořád myslet na to, zda stíhá svoji práci a balancuje. Ale ráda na ně vzpomínám. Popisovali nám na školení třeba situace, kdy transformaci spoustu lidí neunes a teď to vidíme, jak někteří nechtějí akceptovat to, že budeme přecházet z ústavní péče.

Tazatel: Jaký má podle vás největší přínos transformace?

R2: Dost cílí na klienta, konečně necílí pouze na to, co bude levný, Když to srovnám s dřívější dobou, tak klienti byli uzavření někde na zámeček, nejlépe aby je vůbec nebylo vidět. Byla jsem překvapená, když opatrovníci řešili právě to, že budou vidět. Myslím si, že je to ale skvělé, že budou vidět, protože naše společnost je potřebuje vidět. My potřebujeme vidět tu jinakost a různorodost, protože nám pak tady vyrůstají malí xenofobové a nesnáší jiný lidé. Takže když uvidí, že sousedka, která chodí o berlích, je na vozíčku anebo koktá, tak budou vědět, že to je přece ta sousedka, která vždy pozdraví. Nebo mě pochválí, že mám nový účes. Takže tohle je velký pozitivum, že to konečně míří na člověka a co on chce. I to, že je tady další služba, jakožto podpora samostatného bydlení, která doposud v Jihomoravském kraji nebyla a nyní bude zřízena. Což znamená, že si klient může pronajmout svůj byt a zjistí, že to vše umí, takže už si může pronajmout jaký byt chce a sjednat si pouze pár asistencí. Může žít více ekonomicky, výhodně. I pro ten stát.

Příloha 3 – rozhovor s respondentem R3

Respondent: Pracovník v sociálních službách

Délka praxe: 10/11 let

Tazatel: Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

R3: Tady v tomto zařízení pracuji šestým rokem a v předešlém zařízení jsem pracovala 5 let, takže cca 10/11 let to bude. Vyloženě teda sociální služby.

Tazatel: Jak byste popsala transformaci sociálních služeb svými slovy?

R3: Je to změna, která zlepšuje klima i mentální, tak i prostředí pro ty klienty, aby odešli z velkokapacitního ústavu do komunitního služby, které se více blíží normálnímu životě běžných občanů

Tazatel: Co se podle vás nejvíce mění při transformaci?

R3: Myšlení lidí, hlavně zaměstnanců a rodin. Myslím si, že ti klienti by byli více adaptivní, kdyby neměli tady tento tlak z okolí, jako jsou právě ti zaměstnanci, kteří je hodně ovlivňují, anebo rodiny.

Tazatel: Jak probíhá transformace přímo tady v zařízení?

R3: Prvotně se politicky proces zformoval a schválil, takže my vlastně plníme v uvozovkách politickou vůli, která tady je v rámci Jihomoravského kraje, takže jde to od shora a my plníme jednotlivé etapy, které si sami určujeme, Je to hodně závislé na možnosti ubytování a pozemků, a také na finančních tocích. Ty etapy musí jít seshora, my zde nic moc nezmůžeme. Probíhá zde ale teprve pár let. Asi od roku 2023, kdy probíhá úplná transformace. Poté je částečná, která zde byla již před rokem 2023 a to vznikla Chráněné bydlení od roku 2016. Byla to taková transformace v rámci služby, ale nyní teď jedeme naplno asi třetím rokem. Už proběhly i nějaké přesuny klientů, respektive jeden odešel již v prosinci do chráněného bydlení a další2 to nyní čeká. Kapacitně snižujeme z 65 uživatelů na 60. Očekává se, že v následujících letech to bude pokračovat.

Tazatel: Byla jste do procesu transformace nějak zapojena?

R3: Jsem do něj zapojená velmi. Mám pozici koordinátorky transformace. Takže svolávám transformační tým a řešíme problémy, které se vyskytují. Tím, že jsem sociální pracovník, tak se to dost prolíná. Snažíme se trošku změnit myšlení těch našich pracovníků a je zde velká práce s rodinami. Je to od praktických věcí jako je stěhování, až po přesun informací na všechny strany, aby to mělo ten efekt. Ale společnost se hodně brání. Mají pocit, že osoby s postižením mají zůstat v ústavech, že jim zde je zde dobře, že mají zajištěnou péči a zaměstnanci mají zajištěnou práci. Pro ně se otevírá velká neznámá. Populace má pocit, že pokud neznají osoby s mentální postižením, tak přijde vrah či pedofil, takže tam to myšlení je na dlouho, celkově změnit postoj, což nelze změnit během jednoho či dvou rozhovorů.

Tazatel: Máte pocit, že se zvýšila samostatnost klientů?

R3: My vlastně co jsme si vytipovali, tak jsme měli 5 uživatelů a z těch 5 odchází 3. Ten jeden je hodně schopný, ale byl hodně znejistěn rodinou. Ale u těch dalších 3. byli namotivováni skvěle, takže v pozitivním smyslu určitě. Ale záleží hodně na ovlivňování tou rodinou. Je tam velká nejistota. Asi vnitřně vědí, že by to bylo dobré, ale nechtějí zklamat tu rodinu a bojí se toho neznáma. Ale samostatnost se určitě zvýšila. Snažíme se, aby byli více

sebevědomí a zkoušeli více činností, které dřív nezkoušeli. Takže se snažíme, aby se zmenšovala ta závislost na službě.

Tazatel: Setkala jste se s negativními reakcemi uživatelů na změny?

R3: Záleží, kdo je jak komunikativní. Měli spíše obavy z praktických záležitostí, kterou nezvládají nejlépe. Ale vědí, že tam nebudou sami a bude to určitým způsobem personálně zajištěné. Každý se určitě bojí a neznáma a změn, takže nejistota tam byla, ale dala se ustát. Taky na to měli delší dobu tím, že se ty odchody prodlužovali. Měli na ten přechod více času. Nebylo to ze dne na den.

Tazatel: Jak byla zajištěna podpora pracovníků?

R3: Náš zřizovatel Jihomoravský kraj nám poskytuje bezplatná školení v rámci transformace, dále metodička, která se na tohle zaměřuje. Poté ještě běží projekt na podporu deinstitucionalizace, individualizace a transformace. Je to projekt MPSV a tam jsme taky prošli mnoho školení a workshopů. Ale nevím, zda to zůstává v hlavách pracovníků. Jim by prospěla nějaká stáž. Bylo by to pro ně více uchopitelné, mohli by se podívat, jak by to fungovalo v tom DOZP komunitního typu. Zážitkově to je za mě lepší jak suchá teorie.

Tazatel: Jaký má podle vás největší přínos transformace?

R3: Myslím si, že je to taková společenská změna. Přijetí slabších článků společnosti. Myslím si, že to přispěje ke zkvalitnění celkové společnosti. Vidíme tady uživatelku, která má mentální postižení a skoro každý den nám říká, jaké by to bylo, kdyby mohla zůstat ve městě, kde se narodila, být s rodiči. Myslím si, že tohle je velký přínos pro ně. Protože dřív byli vytrženi z toho života a dání do ústavu. Je to ukázka nás, že se k osobám s mentálním postižením umíme chovat s úctou a respektem.

Příloha 4 – rozhovor s respondentem R4

Respondent: Pracovník v sociálních službách

Délka praxe: 6 let

Tazatel: Jak dlouho pracujete v sociálních službách?

R4: Pracuji v DOZP již 6 let na pozici pracovníka v přímé obslužné péči.

Tazatel: Jak byste popsala transformaci sociálních služeb svými slovy?

R4: Pro osoby s mentálním postižením, kteří jsou mladší a jsou tam kratší dobu a zároveň jsou šikovní a snaživí, tak pro ně to vhodný je. Ale třeba pro osoby, které jsou tam dlouho a je jim přes 60, tak to mi přijde jako nesmysl. Už jsou zvyklí na svá místa, na svůj kolektiv a své sestřičky. Celkově na to prostředí a zámek.

Tazatel: Co se podle vás nejvíce mění při transformaci?

R4: Celkově si myslím, že klienti nemají rádi změny. Je to pro ně velký stres, už jen když nastoupí nějaký nový pracovník, natož stěhování do úplně nového prostředí. A ti starší lidi to snášejí ještě hůř. Dále také velká administrativa, skrz zápisy nácvikových plánů.

Tazatel: Jak probíhá transformace přímo tady v zařízení?

R4: Zatím nám odchází snaživí klienti. Jsou rádi, že jdou do nového prostředí. Horší bude, až odejdou ti starší, kteří již ani nechodí. Tento proces odmítala již tehdejší paní ředitelka, ale po jejím odchodu jsme novou ředitelkou zapojeny do procesu. Takže asi 3 roky.

Tazatel: Byla jste do procesu transformace nějak zapojena?

R4: Připravovala jsem svého klienta, který mi právě v únoru odešel. Psala jsem s ním přípravy a přechodový plán, celkově jsme prováděli nácviky. Byla jsem jeho klíčovým pracovníkem. On tedy nejdřív nechtěl, hodně se bál, ale změnil názor po rozhovorech se sociální pracovníci.

Tazatel: Máte pocit, že by se zvýšila samostatnost klientů?

R4: Podle mě záleží na povaze člověka. Někdo je snaživý, chce se to naučit. Pak je zase někdo, kdo to nechce přijmout, že by si měl vše dělat sám – oblékání a příprava jídla. Už teď si klienti stěžují, že si musí namazat chléb sami a neudělá to někdo za ně. Někdo čeká, že za něj někdo něco udělá, je to těžký.

Tazatel: Setkala jste se s negativními reakcemi uživatelů na změny?

R4: Hodně nejistota, jak to budou zvládat. Klienti, kteří zůstávají, tak jsou nejistí, co s nimi bude. Takže to na ně hodně doléhá, že jim odchází kamarádi. Vyskytl se hodně strach, zda to vůbec zvládnou, strach z neznáma.

Tazatel: Jak byla zajištěna podpora pracovníků?

R4: Měli jsme, ale spíš v rámci AAK. V rámci transformace spíš ne. Děje se to pouze v transformačním týmu, kde my nejsme. Jsou tam pouze vedoucí. My jsme zapojeni až když

má jít nějaký klient pryč. Nás se týká spíš zvýšená administrativní zátěž tím, že musíme pořád něco zapisovat, například nácvikové plány. My jim vytvoříme, co se mají naučit a pak popisujeme, jak jsme je k tomu vedli.

Tazatel: Jaký má podle vás největší přínos transformace?

R4: Přínos já vnímám pro ty snaživé, že se zapojí do společnosti. Otázka je, zda je společnost přijme, protože poznají, že jsou jiní. To vnímám jako největší problém. Společnost na ně bude dost poukazovat, můžou se bát, že neví, co od nich mohou čekat. Ale proboha ať nechají ty starší dožít v prostředí, na které jsou zvyklí. Záleží podle mě také na míře postižení. Ted už takové hluboké postižení není, protože většinou chodí na potraty. Většina ale ani neví, že je něco lepšího jak tohle zařízení. Nezajímá je to, cítí se jako doma tam, kde momentálně jsou.

Příloha 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS O ÚČASTI VE VÝZKUMU

Já, níže podepsaný(á):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

tímto dobrovolně souhlasím s účastí ve výzkumu organizovaném studentem/studentkou:

Jméno a příjmení studenta:

Fakulta a studovaný program:

Název bakalářské práce:

Účel a cíl výzkumu:

.....
.....

Souhlasím s tím, že mé osobní údaje a informace poskytnuté v rámci tohoto výzkumu budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Získané informace nebudou sdíleny s třetími stranami bez mého dalšího souhlasu.

Souhlasím s pořízením audionahrávky rozhovoru. Po přepisu rozhovoru bude audionahrávka smazána.

Souhlasím

Nesouhlasím

Byla mi nabídnuta možnost získat přepsaný rozhovor k autorizaci a výsledný text v elektronické podobě ke komentáři. S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím.

Možnost odvolání souhlasu: Byl(a) jsem poučen(a), že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat bez jakýchkoliv negativních následků. V případě odvolání souhlasu mohu kontaktovat odpovědnou osobu na níže uvedené adrese:

Kontakt pro odvolání souhlasu:

Jméno, e-mail:

Telefon:.....

Datum, podpis účastníka:

Datum, podpis studenta: