

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. KLÁRA LIŠKOVÁ

II. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika navazující

**POSTOJ ZAMĚSTNANCŮ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
K ÚROVNI KVALITY ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM A KE SCHOPNOSTI ZAŘÍZENÍ
NAPLNIT POTŘEBY ZAMĚSTNANCŮ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené pramenů a literatury.

V Olomouci dne 14. dubna 2010

.....

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci, dále paní Mgr. Haně Mazalové a všem ostatním zaměstnancům domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří mi ochotně umožnili realizaci průzkumu v zařízení.

Obsah

Úvod.....	5
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života.....	7
1.1 Pojmové vymezení v oblasti kvality života.....	7
1.1.1 Kvalita života v obecném pojetí.....	7
1.1.2 Vývoj pojmu z historického hlediska.....	8
1.1.3 Problematika definování pojmu kvalita života.....	9
1.2 Přístupy ve zkoumání kvality života.....	11
1.3 Dimenze kvality života.....	13
2 Zařízení sociálních služeb.....	17
2.1 Pojmové vymezení v oblasti sociálních služeb.....	17
2.2 Sociální služby v transformačním období.....	18
2.3 Současná legislativní úprava sociálních služeb.....	19
2.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	22
3 Sociální práce jako profese.....	23
3.1 Pojmové vymezení v oblasti sociální práce.....	23
3.2 Pracovní zátěž a potřeby zaměstnance.....	25
3.3 Syndrom vyhoření a význam supervize v sociální práci.....	26
4 Osoba s mentálním postižením v kontextu kvality života.....	32
4.1 Pojmové vymezení mentálního postižení.....	32
4.2 Osoba s mentálním postižením v období adolescence, dospělosti a stáří.....	34
4.3 Oblasti kvality života osob s mentálním postižením jako ukazatelé kvality života.....	38
4.4 Kvalita života osob s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb v současnosti.....	47

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologická východiska průzkumu.....	50
5.1 Cíl průzkumu.....	50
5.2 Metody a administrativní průzkumu.....	51
5.3 Charakteristika průzkumného souboru.....	54
5.3.1 Charakteristika domova pro osoby se zdravotním postižením.....	58
5.3.2 Snahy zařízení o zvyšování kvality poskytovaných služeb, transformace zařízení.....	60
6 Analýza výsledků a jejich interpretace.....	65
6.1 Analýza spokojenosti a úrovně naplňování potřeb zaměstnanců zařízení.....	65
6.2 Analýza úrovně kvality života obyvatel zařízení.....	82
6.3 Shrnutí výsledků.....	93
Závěr.....	94
Seznam literatury a pramenů.....	96
Seznam tabulek.....	100
Seznam grafů.....	101
Přílohy	

Úvod

Diplomová práce se zabývá postojem zaměstnanců zařízení sociálních služeb k úrovni kvality života osob s mentálním postižením a ke schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců. Mapování zmíněného tématu je velmi důležité především v zařízeních velkokapacitního typu, která se mohou vyznačovat nedostatkem soukromí, nízkou mírou individuální podpory, nedůsledným vedením uživatelů k samostatnosti, nedostatkem personálu, nesourodou skupinou zaměstnanců či neadekvátní výměnou informací mezi zaměstnanci.

V rámci pracovního poměru jsem měla možnost proniknout do atmosféry jednoho z podobných zařízení a tento fakt se také stal podnětem pro zvolení tématu práce. Domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém průzkum probíhal, se nyní nachází na počátku transformačního procesu. Z tohoto důvodu vnímáme jako vhodné zajímat se více o názor zaměstnanců na své pracovní podmínky a podmínky života uživatelů.

V teoretické části práce je čerpáno především z české odborné literatury, která poskytne erudovaný pohled na problematiku.

První kapitola se zabývá kvalitou života, jejím pojmovým vymezením, také různými přístupy ve zkoumání kvality života (medicínským, psychologickým, sociologickým) a dimenzemi tohoto fenoménu. Získané poznatky jsou přínosné pro obecné uchopení problematiky.

Druhá kapitola je věnována zařízení sociálních služeb, pojmovému vymezení v této oblasti, dále popisuje sociální služby v transformačním období. Důležité je vymezení současné legislativní úpravy sociálních služeb a terminologie (změna přišla s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Závěr kapitoly popisuje domov pro osoby se zdravotním postižením, neboť právě v tomto druhu služby sociální péče probíhal zmiňovaný průzkum.

Třetí kapitola pojednává o sociální práci, pojmovém vymezení v této oblasti, pracovní zátěži, potřebách zaměstnance a syndromu vyhoření v pomáhajících profesích.

Čtvrtá kapitola se potom podrobněji zabývá osobami s mentálním postižením v kontextu kvality života. Pojednává nejen o terminologii mentálního postižení, ale vymezuje také důležité vývojové mezníky této skupiny lidí v období adolescence, dospělosti a stáří. V závěru kapitoly jmenujeme možné oblasti života osob s mentálním postižením, které sehrávají důležitou roli v úrovni kvality jejich života.

Jak již bylo naznačeno, *empirická část* sestává z průzkumu, který měl za úkol zmapovat postoje zaměstnanců zařízení sociálních služeb k úrovni kvality života osob s mentálním postižením a ke schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců. Průzkum byl proveden formou dotazníkového šetření.

Pátá kapitola se zabývá metodologickými východisky průzkumu, šestá potom analýzou výsledků a jejich interpretací. Přílohy obsahují mimo jiné ukázkou dotazníku pro zaměstnance domova pro osoby se zdravotním postižením a jeho statistické vyhodnocení.

Je třeba podotknout, že kvalita podmínek (pracovních i životních) v zařízení úzce souvisí jednak se schopností zařízení provozovat plnohodnotné služby, které uspokojí požadavky zaměstnance i uživatele, jednak s přístupem zaměstnanců ke své profesi a především k uživatelům služby. Ne každý vykonává své povolání v pomáhajících profesích dobrovolně. Máme tím na mysli, že pracovník například nenašel vhodnější uplatnění, nevěděl před nástupem do zaměstnání „do čeho jde“ – práce s lidmi s postižením je nepochybně velmi náročná. Je třeba si ale neustále uvědomovat, že člověk s postižením je zákazníkem našich služeb a podle toho bychom s ním měli jednat. Tedy s respektem, snahou o pochopení jeho situace. Dovoluji si uvést citát Mahátma Gándhího, jak jej ve svém článku zmiňuje i DVORÁK (2006)¹:

„Zákazník je nejdůležitějším návštěvníkem v našich prostorách.

Není na nás závislý, my jsme závislí na něm.

Nevyrušuje nás v práci, je jejím cílem.

Nestojí mimo naši činnost, je její nedílnou součástí.

Neděláme mu laskavost tím, že mu sloužíme.

On nám dělá laskavost tím, že nám k tomu dává příležitost.“

Mahátma Gándhí

¹ Dostupné na World Wide Web: <http://www.jakubdvorak.cz/qol.html> [cit. 1. dubna 2010]

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života

Následující kapitola vymezuje pojem kvality života z obecného hlediska. O kvalitě života v zařízeních sociálních služeb včetně úrovně životních podmínek osob s mentálním postižením bude blíže pojednáno v dalších kapitolách.

1.1 Pojmové vymezení v oblasti kvality života

„Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie, a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filozofii, teologii, sociální práci, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.“ (Mareš, 2006, s. 11)

KŘIVOHLAVÝ (in Kvalita života, 2004, s. 9) upřesňuje význam dvou základních termínů: kvalita a život. *„Slovo ‚kvalita‘ je odvozeno od latinského qualis a to zase od kořene qui – kdo? ve významu ‚kdo to je‘, případně ‚jaké to je‘? V češtině kořen slova kdo – ‚k‘ nás vede ke slovům typu ‚kěz‘ či ‚kýžený‘, tj. žádoucí stav. To se ozývá i v českém termínu pro kvalitu ‚jakost‘- např. v souběhu s upřesněním typu dobrá, prvotřídní až výtečná či naopak špatná jakost. Vyjadřuje se tak charakteristický rys toho, o čem se hovoří, kterým se daný předmět odlišuje od jiného jedince (ve smyslu lepší či horší než), případně od skupiny jedinců obdobného druhu.“ Životem potom autor rozumí život obecně, případně život určitého druhu jedinců – v kontextu této práce tedy život lidí.*

1.1.1 Kvalita života v obecném pojetí

Otázka kvality života zaměstnává lidskou mysl od pradávna, byť na ni bylo pohlíženo v různých obdobích vývoje z jiného zorného úhlu. V této souvislosti se hovoří o dvou studijních zájmech. Jeden je zastoupen těmi, kteří se zabývali *duchovním (náboženským) životem* (otázky „dobrého“ či „moudrého“ života v protikladu k životu řízeného chytrostí a vychytralostí). Druhý má platformu *filozofickou*, ve které hrají roli otázky „dobrého“ v protikladu k „špatnému“ životu. S tímto druhým studijním

zájmem je možné setkat se již v antice ve filozofickém směru zvaném hedonismus či v jiné antické škole – Epikurově.² (Křivohlavý in Kvalita života, 2004, s. 11-12)

Angličtí filozofé 17. a 18. století (např. Jeremy Bentham, David Hume, Thomas Hobbes) se na to, co je dobré, zaměřili z hlediska následků a hodnotili užitečnost tohoto konání. Vycházeli při tom z radosti či štěstí z uspokojování potřeb a zájmů a to nejen jednotlivce, ale i druhých lidí. (Křivohlavý in Kvalita života, 2004, s. 12)

Zmíněná pojetí vychází z empirie, tedy smyslově dané zkušenosti. Vedle těchto pojetí existují i další, která jsou determinována jinými činiteli, např. *rozumem*. S tímto pojetím se setkáváme již u Sokrata, dále je vypracoval německý filozof Imanuel Kant. Ten odlišil vnímání od vlastní kognitivní činnosti, tedy myšlení. Člověk tedy není jen empirickou bytostí, ale i bytostí myslící. Rovina duchovní transcenduje rovinu empirickou a právě z duchovní roviny vycházejí principy, které řídí naše jednání (podle toho, zda jsou dobré či špatné vedou k dobrému či špatnému životu). Kant rozlišuje dvě roviny rozumových řídicích momentů:

- 1) *Maxima* jsou principy či subjektivní praktické zásady, kterými se v životě řídíme. Každý z nás má svá maxima – některá si uvědomujeme, jiná jsou hluboce s kryta v našem vědomí. Jsme přesvědčeni, že když jednáme podle svých maxim (která nemusí být vždy správná), náš život je dobrý, kvalitní.
- 2) *Kategorický imperativ*³ překračuje naše maxima, má obecný charakter. Je zároveň kritériem posuzování našich maxim a jádrem naší morální motivace. Kant ho označuje jako přírodní zákon, který platí pro všechny předměty, měl by platit pro jakékoli lidské jednání. Svoboda vůle nám však umožňuje rozhodnout se v souladu nebo naopak v rozporu s kategorickým imperativem. Jedná-li člověk podle kategorického imperativu, je mu jako člověku dobře a naopak. (Křivohlavý in Kvalita života, 2004, s. 12-14)

1.1.2 Vývoj pojmu z historického hlediska

Stávající podkapitola stručně nastíní důležité mezníky ve vývoji pojmu „kvality života“ tak, jak je vnímá HNILICOVÁ (in Payne, 2005, s. 205-6).

² Hedonismus i Epikurova škola jsou spojené s pojmem „slast“. Je nutné upozornit na odlišné vnímání tohoto pojmu zmíněnými směry. Hedonisté zastávali názor, že dobře a šťastně žije ten, který si v bohaté míře užívá smyslovými cestami přicházejících slastí. Naproti tomu epikurejci zdůrazňovali pocit slasti jiný – slast pramenící z klidu.

³ Doslovné znění kategorického imperativu: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle vždy mohla být zároveň principem obecného zákonodárství“. KŘIVOHLAVÝ se domnívá, že křesťanský příkaz lásky a s ním spojené pojetí bezpodmínečné úcty k druhým lidem, odpouštění a snahy pomoci, je určitou obdobou kategorického imperativu – obecného morálního zákona, definujícího podmínky toho jednání, které je možno hodnotit jako dobré.

Termín kvalita života byl v historii poprvé zmíněn ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev.⁴

V 60. letech americký prezident L. B. Johnson prohlásil v jednom ze svých projevů zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Bylo totiž patrné, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit.

V 70. letech německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Tento termín brzy našel své místo v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Od této doby je také datováno první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely.

Studium kvality života se ocitá na svém vrcholu v posledních letech, kdy mnohá pracoviště mají celé výzkumné týmy určené pro sledování a řešení této problematiky. Obecně lze říci, že studium kvality života v současnosti znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

1.1.3 Problematika definování pojmu kvalita života

Problematika definování pojmu kvality života bývá nazírána z různých úhlů pohledu. V literatuře existuje celá řada definic kvality života. V oblasti konceptualizace tohoto pojmu a především v metodologických otázkách nenacházíme názorovou shodu.

MAREŠ (2006, s. 11-12)⁵ uvádí tři základní problémy tohoto jevu:

- 1) oborová různost, jelikož neexistuje zastřešující pojetí, které by současně dovolovalo nejrůznější praktické aplikace;
- 2) pojem sám navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele;
- 3) pojem kvality života je nutné z teoretických i praktických důvodů jemněji rozčlenit. Obvykle hovoříme o *oblastech kvality života*.

4 Američtí autoři (např. Snock, 2000) se domnívají, že pojem byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu. V roce 1958 ekonom J. Galbraith ve své knize *Společnost hojnosti* kritizoval ideu stálého rozšiřování průmyslové výroby jako zdroje blahobytu. Napsal: „*To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě, je to kvalita života.*“ (Mareš, 2006, s. 11)

5 MAREŠ ve své přehledové studii přiblížil složitost studovaného pojmu na vybraných přístupech, které určují podobu definic i způsobů zkoumání. Uvádí zde: obecné modely kvality života, obecné hierarchické modely, strukturálně-dynamické modely, speciálně-teoretické modely, konkrétní modely a konsensuální modely. (Mareš, 2006, s. 12-25) Rozsah diplomové práce neumožňuje blíže pojednat o všech možnostech řešení tak, jak je zde autor uvádí. Nicméně studie se jeví jako přehledná, otevírá nové možnosti náhledu na problematiku.

Dle autora „není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty života i na změny kvality života v čase.“ (Mareš, 2006, s. 12)

VAĎUROVÁ, MÜHLPACHR (2005 in Trnková, 2006, s. 6) uvádí, že společným znakem diskusí o kvalitě života od 70. let 20. století až do současnosti je nejednotnost ve stanovení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího přístroje. Odborníci se shodují, že vymezení pojmu kvalita života a volba měřicího přístroje závisí na účelu měření kvality života. Výsledkem bývá velké množství definic a různých nástrojů, nejčastěji dotazníků nebo strukturovaných rozhovorů k jejímu měření.

Dále uvádíme alespoň několik možných definic kvality života. Kupříkladu pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). HNILICOVÁ (in Payne, 2005, s. 206) cituje definici pojmu ‚kvalita života‘ dle výše uvedené organizace následovně: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

MAREŠ (2006, s. 25) v souvislosti s odkazem na Světovou zdravotnickou organizaci uvádí ve své přehledové studii (viz pozn.⁴) širěji použitelnou definici kvality života překračující národní rámec. Jelikož se nacházíme v oblasti zdravotnictví, je definice zaměřena individuálně a zní: „Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem“. (WHO Quality of Life Group, 1993 in Mareš, 2006, s. 25)

Všimněme si v této definici názorové shody s HNILICOVOU (in Payne 2005, s. 207), která též poukazuje na časté zaměňování pojmu kvality života za pojmy jako „sociální pohoda“ (social well-being), „sociální blahobyť“ (social welfare) či „lidský

rozvoj“ (human development). Tyto záměny chápe jako komplikující prvek v definování již tak složitého pojmu jako je kvalita života.

Dále může být pojem kvalita života například podle KUČERY (in Kvalita života, 2004, s. 108) definován jako *„úroveň osobní pohody (well-being) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, které ovlivňují kvalitu života.“*

Podle CAMPBELLA (in Salajka, 2006, s. 11) je kvalita života chápána jako „rozdíl mezi chtěnými a uskutečněnými životními cíli – čím větší tento rozdíl je, tím nižší je kvalita života.“

1.2 Přístupy ve zkoumání kvality života

V následující podkapitole přiblížíme tři přístupy ke zkoumání kvality života, jak je uvádí HNILICOVÁ (in Payne s. 209-213).

Psychologický přístup

Vyznačuje se snahou postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Kvalita života v psychologii je nahlížena z různých úhlů, setkáváme se s pojmy jako osobní pohoda (well-being), prožitek blaha (welfare), dosažení a prožití úspěchu (success), přátelství (friendship) či štěstí (happiness).

Přesto se nejvíce pracuje s termínem *subjektivní pohoda*. *„Přes – v psychologii obvyklou – pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Rovněž panuje shoda v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce) a že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.“* (Šolcová, Kebza in Kvalita života, 2004, s. 23)

Z široké škály metod, které se využívají k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody, uvádí autorka SWLS (Satisfaction With Life Scale - Škála spokojenosti se životem) nebo například PGWS (Psychological General Well-Being Scale).

K zjišťování emocionálního prožívání života je v psychologii možné využít standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například PANAS.

Sociologický přístup

Tento přístup operuje s termíny jako jsou: sociální úspěšnost, status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ovšem rovněž definována jako subjektivní životní pocit. V pojetí významné sociologické organizace *Mezinárodní společnosti pro studium kvality života* (International Society for Quality of Life Studies) je kvalita života chápána jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí“.

Dalším důležitým termínem v sociologickém pojetí kvality života je „životní úroveň“. Bývá definována jako měřítko kvantity a kvality služeb, jež jsou lidem k dispozici. Jako relevantní indikátory životní úrovně jsou využívány ukazatele jako hrubý domácí produkt (HDP) na hlavu, střední délka života a kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel, procento HDP věnované školství či zdravotnictví nebo počet televizorů a telefonů na domácnost.

Medicínský přístup

V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji užívaným pojmem je zde „*health related quality of life*“ neboli kvalita života ovlivněná zdravím. Jde o subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Kromě klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu se tedy sledují i objektivní a subjektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta (přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, schopnost sebeobsluhy, míra úzkosti a napětí apod.) Tento přístup se stal aktuální především při léčbě onkologicky nemocných pacientů a také pacientů psychiatrických, u nichž se kvalita života stala předmětem změny v přístupu k těmto lidem.

K měření kvality života ovlivněné zdravím se používá celá řada šetření zejména dotazníkového typu. Mezi generické dotazníky (tj. obecné dotazníky, které hodnotí všeobecně celkový stav nemocného bez ohledu na konkrétní onemocnění) můžeme podle SLOVÁČKA a kol. (in Vojenské zdravotnické listy, 2004, s. 7) řadit například Activities of Daily Living (ADL), Sickness Impact Profil (SIP), Short Form 36 Health

Subjects Questionnaire (SF 36), World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO QOL-100)⁶ a další.

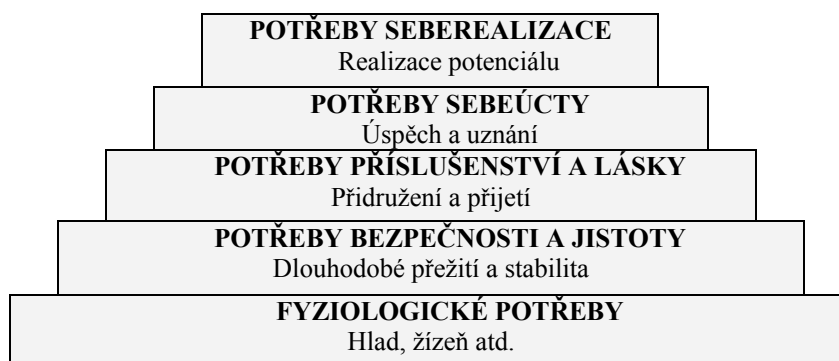
Dále existuje řada metodik, které jsou zaměřeny specificky na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemoci (onkologická, duševní, kardiologická onemocnění a další). Za všechny uvedme například dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin – Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL) nebo pro nemocné s nádorovým onemocněním European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire. (in Vojenské zdravotnické listy, 2004, s. 8)

1.3 Dimenze kvality života

Ke kvalitě života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. **Objektivní kvalita života** sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. **Subjektivní kvalita života** se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Vymětal, 2003, s. 198)

Dimenze kvality života se také z velké části odvíjí od často zmiňované Maslowovy hierarchie potřeb. „Maslow rozdělil lidské potřeby do pěti skupin, které seřadil hierarchicky. Aby se mohly uplatnit vyšší potřeby, musí být dostatečně uspokojovány potřeby nižší. Jestliže nejsou naplňovány, neustále se naplnění dožadují. Je třeba osobnostní zralosti a přesměrování motivace k vyšším cílům, abychom i při nenaplnění nižších potřeb usilovali o potřeby vyšší“ (dostupné na World Wide Web: <http://www.rozcestnik.org/psychologie/potreby.htm>, cit. 15. února 2010). MIKŠÍK (1999, s. 166) znázorňuje Maslowovu hierarchii potřeb následovně:

⁶ Pozn.: česká verze dotazníku je dostupná na World Wide Web: <http://www.adiktologie.cz/download/1287/whoqol-100.pdf> [cit. 11. ledna 2010]



Graf č. 1: Schématické znázornění Maslowovy hierarchie potřeb

Následující text představuje některé z možných modelů či konceptů vymezující jednotlivé dimenze kvality života.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje čtyři oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení:

- *Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na pomoci*
- *Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní city, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, víra, spiritualita*
- *Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita*
- *Prostředí – finanční zdroje, sociální a zdravotní péče, domácí prostředí, získání nových dovedností, fyzikální prostředí*

Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a času, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační generační změny. Významnou roli v pojímání kvality života zaujímá náboženství a víra.“ (Habartová, 2009, s. 32)

SCHALOCK (1996 in Seifert, 2006) uvádí následujících osm klíčových oblastí důležitých při hodnocení kvality života: „1. práva, 2. sociální inkluze, 3. sebeurčení, 4. fyzická pohoda, 5. osobnostní rozvoj, 6. materiální blaho, 7. mezilidské vztahy, 8. emoční pohoda“. (vlastní překlad, dostupné na World Wide Web: <http://bidok.uibk.ac.at/library/inkl-02-06-seifert-lebensqualitaet.html>, cit. 16. prosince 2009)

V naší literatuře publikoval komplexní model kvality života například KOVÁČ (1995 in Salajka, 2006, s. 12-13). Základní z celkem tří úrovní kvality života dělí na šest oblastí – somatický stav, rodinu, ekonomicko-sociální podmínky, okolí, potřeby a hodnoty a psychologické fungování. Na tuto bazální oblast navazuje mezo-

a metaúroveň, které mohou být ilustrovány na příkladech následujících triád: somatický stav – zdraví nebo nemoc – přirozené úmrtí; rodina – společnost – lidstvo a další.

Jedním z často zmiňovaných modelů, který zahrnuje jednotlivé dimenze kvality života je model vyvinutý Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu.

BYTÍ (being)	Osobní charakteristiky jednotlivce
Fyzické bytí	fyzické zdraví, osobní hygiena, stravovací návyky, pohybové aktivity, péče o vzhled a styl oblékání, celkový fyzický vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví a úroveň adaptace, kognice (rozumová úroveň), pocity, sebedůvěra, sebepojetí a sebekontrola
Spirituální bytí	osobní hodnoty, duchovní přesvědčení (víra)
PŘILNUTÍ (belonging)	Napojení se na jedincovo prostředí
Fyzické přilnutí	domov, pracoviště/škola, sousedství, komunita
Sociální přilnutí	nejbližší lidé, rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé, členové komunity
Přilnutí ke komunitě	adekvátní příjmy (finanční zajištění), zdravotní a sociální služby, zaměstnanost, edukační programy, programy pro volný čas, společenské události a aktivity
REALIZACE, STÁVÁNÍ SE NĚČÍM, USILOVÁNÍ O NĚCO (becoming)	Dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací
Praktická realizace	domácí práce, placená práce, školní nebo dobrovolnické práce, péče o zdraví, uspokojování sociálních potřeb
Volnočasová realizace	relaxační aktivity, aktivity snižující míru stresu
Realizace osobnostního růstu	aktivity vhodné k udržení nebo prohloubení znalostí a dovedností, adaptace na změny

Tabulka č. 1: Model kvality života, Univerzita v Torontu. (vlastní překlad, dostupné na World Wide Web: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>, cit. 21. prosince 2009)⁷

⁷ Doslovná verze textu v anglickém jazyce je součástí přílohy č. I.

Na závěr kapitoly dodejme, že i přes veškeré oprávněné výhrady mnoha autorů k nejednotnosti vnímání, definování či měření kvality života, je studium této problematiky v současnosti nosným a užitečným směrem. HNILICOVÁ (in Payne, 2005, s. 214) zdůrazňuje, že *„interdisciplinární charakter zkoumání tohoto jevu odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke zkoumání člověka. Výsledky různě orientovaným výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence“*.

2 Zařízení sociálních služeb

Obsah nadcházející kapitoly je zaměřen na vymezení pojmu sociálních služeb a na jejich legislativní zakotvení. Dále se zabývá vývojem služeb tohoto typu v transformačním období a to i v souvislosti s lidmi s mentálním postižením a změnami péče a podpory v jejich prospěch. V závěru kapitoly vymezujeme ty sociální služby, které jsou určeny pro osoby s postižením, resp. s postižením mentálním. Blíže pak pojednáme o domovech pro osoby se zdravotním postižením, jedné ze služeb sociální péče, jimiž se bude zabývat empirická část.

2.1 Pojmové vymezení v oblasti sociálních služeb

Chceme-li vymežit pojem **sociální služby** z hlediska služeb spadajících do oblasti řízené v České republice Ministerstvem práce a sociálních věcí (dále jen MPSV), je nejvhodnější odvolat se přímo na **zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**. Pro účely tohoto zákona se rozumí sociální službou „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, část I, §3, písm.a)

MATOUŠEK, KOLDINSKÁ (in Matoušek a kol., 2007, s. 12-15) vymezují další termíny důležité pro orientaci v oblasti sociálních služeb:

- **zřizovateli** zařízení poskytující sociální služby v rezortním pojetí mohou být v České republice obce, kraje a MPSV; dále také nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby, popř. nadace⁸);
- **uživatel** sociální služby (popř. klient, zákazník) je ta osoba, která sociální službu využívá;
- **sociální programy** jsou konkrétní formy práce s klienty sociálních služeb; program je soubor plánovaných a řízených činností, jimiž poskytovatel reaguje na potřebu cílového subjektu; participací na programu by měla být situace cílového subjektu zlepšena či vyřešena.

Je třeba zmínit, že termínů, které by bylo možné v této oblasti přiblížit, je více. Pro účely práce však postačí předchozí vymezení .

⁸ Nadace mohou činnost poskytovatelů sociálních služeb pouze financovat, nemohou samy služby poskytovat.

2.2 Sociální služby v transformačním období

Rozsah diplomové práce neumožňuje zabývat se vývojem sociálních služeb v dlouhodobém historickém kontextu, zaměříme se proto alespoň na období po roce 1989, kdy v naší republice nastaly změny v oblasti politické, ekonomické i sociální.

Na legislativních změnách vztahujících se k reformě systému sociální péče se začalo pracovat již v roce 1994. Přestože byl roku 1997 vládou schválen věcný záměr zákona o sociální pomoci, došlo k přijetí nových právních předpisů a očekávané reformě až v roce 2006. (Matoušek, Koldinská in Matoušek a kol., 2007, s. 31)

Po roce 1989 dramaticky vzrůstá počet *nestáních neziskových organizací*, které poskytovaly sociální služby, přednostně sociální služby neústavního charakteru. Většina těchto organizací byla zakládána jako občanská sdružení (zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů). Zákon však nerozlišoval subjekty poskytující službu veřejnosti od subjektů sdružujících lidi stejných zájmů a poskytujících služby jen jim. Občanské sdružení se také nemuselo nikomu odpovídat za své aktivity, vydávat výroční zprávy, provádět audit hospodaření s penězi, zabývat se kvalitou služeb či kvalifikací pracovníků. I pod záštitou *církve* jsou u nás po revoluci zřizovány organizace zabývající se poskytováním sociálních služeb (Charita, Diakonie, Adra aj.) V roce 2002 byly formulovány *Standardy kvality sociálních služeb*, které jsou po přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách součástí jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.. (Matoušek, Koldinská in Matoušek a kol., 2007, s. 31)

Pokud bychom chtěli toto období reflektovat **ve vztahu k lidem s mentálním postižením** (jimi se z velké části diplomová práce zabývá), je potřeba zmínit významné kroky v péči a podpoře o tyto osoby. V mnoha zařízeních došlo ke zřetelným posunům, jiné se snaží nové trendy pomalu naplňovat. VALENTA, MÜLLER (2003, s.108) zmiňují *transformaci* ústavní sociální péče, jejímiž pilíři jsou principy *atomizace* („rozbití“ velkých institucí na menší flexibilnější zařízení), *normalizace* (tzn. právo osob s postižením na stejné životní podmínky jako u intaktní populace) a *humanizace* (s ohledem na veřejné mínění majoritní společnosti a s tím, že při rozhodování o klientovi jsou upřednostňovány jeho zájmy před požadavky společnosti, instituce). Vznikají též *nestátní subjekty* (občanská sdružení, církevní zařízení apod.), které nabízejí alternativu k ústavní sociální péči zejména ve formě denních stacionářů.⁹

⁹ Dále je možné zdůraznit nástup alternativní školy, vznik nejrůznějších občanských sdružení, které podporují zkvalitnění života osob s mentálním postižením (podporované bydlení, podporované zaměstnávání, chráněné dílny, asistentní a respitní službu), rozšíření ambulantního a diagnostického

2.3 Současná legislativní úprava sociálních služeb

Je-li záměrem podkapitoly alespoň ve stručnosti popsat současnou legislativní podobu systému sociálních služeb, je nezbytné připomenout úskali předešlé právní úpravy, kvůli kterým mimo jiné byl tak dlouho kladen důraz na nutnost změny systému sociálních služeb. Přesto je třeba dodat, že se ani současná legislativa (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) v určitých bodech nemusí shodovat s ideální představou „nastavení“ v oblasti sociálních služeb. LEČBYCH (2008, s. 70-71) uvádí zejména ve vztahu k osobám s mentálním postižením následující: *„I když je tento zákon jistě krokem správným směrem, vymezení jednotlivých druhů sociálních služeb však v tomto zákoně sklízí nemalou kritiku ze strany poskytovatelů některých sociálních služeb (například není jasné vymezení rozdílů mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou, či v zákoně chybí vymezení služby podporované zaměstnávání).“*

MICHALÍK (2007, s. 11-12) jmenuje oblasti, v nichž právní úprava (máme na mysli **zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení**) nedostačovala:

- Jedinec, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci, byl považován spíše za objekt působení systému, a nikoliv za aktivního činitele;
- nebyl zajištěn jednotný systém objektivního hodnocení potřeb osob, ze kterého by bylo možné vycházet při vytváření nabídky služeb;
- nebyla zajištěna ochrana osob, které jsou oslabeny v prosazování svých oprávněných zájmů, nebyly dostatečně chráněny před tím, aby jejich individuální zájmy nebyly poškozovány (např. nesprávným postupem orgánů veřejné správy nebo neodborným poskytováním sociálních služeb);
- nebyl vytvořen právní rámec rozvoje lidských zdrojů v oblasti poskytování sociálních služeb, a to především pro oblast sociální práce (jeho úroveň zásadním způsobem určuje obsah „péče“ uvnitř daného sociálního systému);
- nebyly vyřešeny vzájemné vztahy a kompetence jednotlivých úrovní veřejné správy, ani vztahy mezi veřejnou správou, poskytovateli sociálních služeb a osobami, které z důvodu nepříznivé sociální situace pomoc potřebují;
- nebyl zajištěn jednotný rozsah práv a povinností pro poskytovatele sociálních služeb (rozdílný náhled na organizace zřizované orgány veřejné správy a organizace, které stály mimo veřejnosprávní strukturu);

servisu pro klienty a jejich rodiny, rozvoj systémů alternativní a augmentativní komunikace apod. (Valenta, Müller, 2003, s. 34). V oblasti vzdělávání přinesl změny zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

- nebyly vytvořeny systémy dohledu nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb;
- nebyly vytvořeny podmínky k zavedení jednotné a přehledné informační soustavy o síti sociálních služeb a o činnostech, které nabízejí;
- z hlediska oblasti působení sociálních služeb nebyly vůbec upraveny druhy služeb, které by se zaměřovaly na prevenci sociálního vyloučení osob nebo skupin osob;
- z právního hlediska bylo zásadním nedostatkem minulé úpravy nerovnoprávné postavení subjektů při poskytování sociálních služeb.

V roce 2006 byl přijat nový **zákon o sociálních službách** (ve Sbírce vydán pod číslem 108/2006 Sb.), přestože tendence změnit systém sociálních služeb můžeme pozorovat od roku 1994. Zákon nabyl účinnosti k 1. lednu 2007.

Mezi charakteristiky nového systému KOLDINSKÁ (in Matoušek a kol., 2007, s. 39) řadí:

- Poskytnutí takových informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, aby byla schopna řešit ji vlastními silami pomocí dostupných zdrojů;
- teprve pokud jsou informace nedostačující, přichází v úvahu využití sociálních služeb;
- ty musí být individualizované, šité na míru potřebám konkrétního jedince;
- sociální služby musí především aktivizovat potenciál klienta, podporovat jeho samostatnost a předcházet delšímu trvání nepříznivé sociální situace;
- kvalitu poskytovaných sociálních služeb potom určuje dodržování lidských práv a základních svobod a zachování důstojnosti člověka.

Dále autorka uvádí několik konkrétních pozitivních koncepčních změn, které nový zákon přinesl:

- **Příspěvek na péči** – jeho prostřednictvím si má ten, kdo potřebuje sociální služby, tyto služby obstarat a uhradit.
- **Nová kategorizace sociálních služeb** – služby jsou děleny na *sociální poradenství* (základní a odborné), *služby sociální péče*¹⁰ (jejich prostřednictvím se pečuje o osobu, která není schopna se plně postarat sama o sebe) a *služby*

¹⁰ Mezi *služby sociální péče* zákon řadí: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

*sociální prevence*¹¹ (jsou určeny pro osoby se sociálními problémy, mají klientovi napomáhat znovu se integrovat do společnosti). Tyto služby mohou být poskytovány pobytovou, ambulantní nebo terénní formou.

- **Smluvní princip** – do vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb byl zaveden smluvní princip, tj. o poskytování sociálních služeb se uzavírá *smlouva*.
- **Systém registrace u krajských úřadů** – bez registrace není možné sociální služby provozovat. Registrující orgán má také pravomoc provádět *inspekci poskytování sociálních služeb*, při níž se hodnotí především kvalita poskytovaných služeb¹².
- **Stanovení předpokladů pro výkon sociálního pracovníka** – má jimi být zaručena standardní kvalita poskytovaných sociálních služeb přímo ze strany sociálního pracovníka. (Koldinská in Matoušek a kol., 2007, s. 40)

V souvislosti se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, by bylo vhodné nastínit nabídku služeb, které tato legislativní úprava vymezuje pro lidi se zdravotním postižením. Přehled služeb, z nichž mohou být mnohé využitelné i u osob s mentálním postižením (či jinou duševní poruchou), uvádí MATOUŠEK a kol. (2007, s. 96-99): domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (pro osoby chronicky duševně nemocné, závislé na návykových látkách, osoby s demencí), chráněné bydlení, denní a týdenní stacionáře, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, pečovatelská služba, odlehčovací (respitní) služby, průvodcovské a předčitatelské služby, osobní asistence, sociálně terapeutické dílny, sociálně aktivizační služby, poradenská centra pro zdravotně postižené¹³. Za určitý druh

11 Mezi *služby sociální prevence* zákon řadí: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s e zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

12 V rámci zvyšování odbornosti a kvality sociálních služeb je potřeba zmínit fakt, že se vstupem České republiky do Evropské unie se i pro tento systém otevřela příležitost využít tzv. "*strukturální pomoc*". MPSV zajišťuje čerpání prostředků z *Evropského sociálního fondu*. Samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace mají možnost čerpat finanční prostředky na:

- vzdělávání svých zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb

- podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - jedná se například o příslušníky romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez přístřeší apod. (dostupné na World Wide Web: <http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss>, cit. 16. února 2010)

13 Označení ‚poradenská centra pro zdravotně postižené‘ není přímo uvedeno v zákoně o sociálních službách, nicméně základní a odborné poradenství pro osoby v nepříznivé sociální situaci (kam spadá mimo jiné i zdravotní postižení) je zákonem vymezeno.

sociální služby je dle autora možné považovat také *camphillské komunity* a *svépomocné skupiny* (Matoušek a kol., 2007, s. 98-99)

2.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (část III, díl 3, §48, odstavec 1, 2 písm. a-h) poskytují „*pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) sociálně terapeutické činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.*

Personál pracující s obyvateli domova v přímé péči tvoří většinou zástupci profesí jak z oblasti sociální, tak i pedagogické a zdravotnické (konkrétně se jedná především o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, vychovatele, zdravotní sestry). Jedná se tedy o velmi nesourodou skupinu pracovníků. Právě z tohoto důvodu je velmi významná dobrá týmová spolupráce, přínosné je též využití supervize v tomto typu zařízení sociálních služeb. Problematikou zařízení tohoto typu se bude podrobněji zabývat empirická část práce.

3 Sociální práce jako profese

Jak již bylo zmíněno v závěru předešlé podkapitoly, v oblasti sociálních služeb nefigurují pouze sociální pracovníci. Důležitou součástí personálu, jak uvádí MATOUŠEK a kol. (2007, s. 48), jsou rovněž tzv. *pracovníci v sociálních službách*, dále *zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci*.¹⁴

V následující kapitole si dovolíme poněkud opomenout personál zdravotnický a pedagogický a budeme se zabývat sociální prací jako takovou, neboť se pohybuje především v oblasti sociálních služeb¹⁵. Vymezíme pojmy sociální práce, sociální pracovník a krátce pojednáme o etickém kodexu sociálních pracovníků. Pokusíme se také vymežit potřeby zaměstnanců v sociálních službách a zaměříme se na úskalí této profese, která může vyústit v syndrom vyhoření. V souvislosti s touto problematikou zmíníme význam supervize v pomáhajících profesích.

3.1 Pojmové vymezení v oblasti sociální práce

Sociální práci řadíme mezi relativně mladé vědní disciplíny, vysokoškolské vzdělání v této oblasti bylo obnoveno v 90. letech minulého století. Sociální práce se od té doby zdokonaluje, stala se uznávanou profesí. (Květenská, 2007, s. 5)

Ucelená definice sociální práce byla stanovena teprve nedávno. Nejnovější definice je výsledkem generálního mítinku Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) v Montrealu v červnu 2000, která nahradila definici z roku 1982. (Vašíčková, 2008, s. 31)

„Sociální práce podporuje sociální změny, řešení problémů v lidských vztazích, zmocnění a osvobodování lidí při zlepšování jejich blahobytu. S využitím teorií lidského chování a sociálních systémů intervnuje sociální práce v interakcích lidí s jejich prostředím. Jejími základními principy jsou lidská práva a sociální spravedlnost“ (Mlčák, 2005, s. 8 in Vašíčková, 2008, s. 31).

Sociální pracovník, etický kodex sociálních pracovníků

Dříve byla práce sociálního pracovníka považována spíše za „životní poslání“ než za zaměstnání. Prvními „sociálními pracovníky“ byly řádové sestry, jednotlivci nebo různé skupiny, které většinou působily v rámci určité církve. Činnost byla převážně

¹⁴ Zatímco u zdravotnických a pedagogických pracovníků zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, odkazuje na podmínky jejich činnosti stanovené ve zvláštních právních předpisech, podmínky výkonu činnosti pracovníků v sociálních službách jsou stanoveny přímo v zákoně o sociálních službách.

¹⁵ Empirická část práce však bude zaměřena na všechny zaměstnance domova pro osoby se zdravotním postižením.

spontánní, bez strategických cílů. Postupem času, s vývojem společnosti, vznikla potřeba systematické a plánovité péče o staré, postižené, nezaměstnané a jinak znevýhodněné občany. Role sociálního pracovníka se začala standardizovat a rozvíjet nejenom jako profese, ale také jako vědní obor. Toto povolání se tak stalo specifickou profesí, která může mít spoustu různorodých forem. V souvislosti s tímto faktem se také navyšují požadavky na osobnost sociálního pracovníka, který by měl disponovat nejenom osobnostními předpoklady, ale především odbornými kompetencemi. Halásková (2003 in Vašíčková, 2008, s. 31-32) definuje **sociálního pracovníka** jako „toho, kdo na profesionálním základě (jako součást sociálních služeb na bázi odborné přípravy, s plnou odpovědností a s ohledem na situaci dané oblasti a její zvláštnosti) poskytuje služby veřejnosti, v nichž realizuje sociální politiku státu na území v různých institucích zabývajících se sociálními službami.“

Sociální pracovník dle zákona o sociálních službách „vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, část VIII, Hlava první, §109) Sociální pracovník tedy přímo poskytuje sociální služby.

Pracovník v sociálních službách dle zákona (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, část IX, §116, písm. a-d) vykonává :

- a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost
- c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby
- d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podmínkou výkonu činnosti sociálního pracovníka i pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Právě odborné způsobilosti věnuje zákon o sociálních službách značnou

pozornost, směřuje tím ke *zvýšení kvality poskytovaných služeb*. Činnost sociálního pracovníka není možné nadále vykonávat bez minimálně vyššího odborného vzdělání specializovaného na sociální práci. Pracovníci mají také povinnost dalšího vzdělávání. Požadavky na odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách nejsou tak přísné, musí však mít minimálně absolvovaný akreditovaný kvalifikační kurz. (Koldinská in Matoušek a kol., 2007, s. 47-48)

Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků¹⁶ byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků¹⁷ v květnu 2006. Nesporně i ten má vliv na kvalitu poskytovaných sociálních služeb. Kodex vymezuje etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka (ve vztahu ke klientovi, zaměstnavateli, kolegům, ve vztahu ke svému povolání a odbornosti, ke společnosti), etické problémové okruhy a postupy při řešení etických problémů.

3.2 Pracovní zátěž a potřeby zaměstnance

Pokud se z vlastní zkušenosti zamyslíme nad potřebami, které v pozici zaměstnance máme nebo můžeme mít, vyplynou nám zhruba následující: potřeba smysluplné práce, naplnění, zpětné vazby, informovanosti, dobrých kolegiálních vztahů, týmové práce, ocenění (finančního, morálního), potřeba dalšího vzdělávání, také vhodné rozvržení pracovní doby, dobré hygienické zázemí či stravovací podmínky apod.

Potřeby zaměstnance úzce souvisí, lépe řečeno vyplývají z pracovní zátěže a stresu. VAŠINA (1999, s. 28-37) mezi zdroje pracovní zátěže řadí:

- ***vlastní obsah a podmínky práce*** (nepříznivé vnější pracovní podmínky jako je hluk, teplota, pachy apod., práce na směny je významným stresorem, pracovní přetížení nebo podtížení, fyzické ohrožení);
- ***organizační role (konfliktní role*** – na jedince jsou kladeny protikladné požadavky; ***nejednoznačnost*** – není přesně definován předmět práce, očekávání, rozsah odpovědnosti; ***organizační teritorium*** – práce mimo tento prostor může být stresující)

16 Plná verze Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků je dostupná na World Wide Web: <http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Eticky%20kodex%20SSPCR.pdf> [cit. 25. listopadu 2009]

17 *Společnost sociálních pracovníků České Republiky* je dobrovolnou odbornou organizací sdružující členy, kteří se aktivně podílejí na rozvoji sociální práce a zvyšování odborné úrovně sociální práce v praxi. Byla založena v roce 1990 a navázala na tradici Společnosti sociálních pracovníků působící na území České republiky od roku 1921. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=kdojsme&lang=cz>, cit. 12. prosince 2009)

- *vzájemné vztahy lidí v organizaci* (mezilidské konflikty jsou hlavní příčinou organizačních dysfunkcí);
- *vývoj kariéry* (stres způsobuje brždění kariéry, funkčního nebo platového postupu či tzv. předčasná kariéra, kdy jsou na jedince kladeny nároky, které není ještě schopen zvládnout);
- *organizační struktura a klima;*
- *vztah domov – práce* (pracovní stresory jako přetížení, časté přesčasové práce, obava ze ztráty zaměstnání apod. výrazně ovlivňují rodinnou atmosféru).

„V primární prevenci stresu by se měli angažovat i zaměstnavatelé, jelikož bylo zjištěno, že až 70 % pracovních neschopností je zapříčiněno nemocemi, jež mají souvislost se stresem. Faktory, kterými lze snižovat stresovou zátěž na pracovišti, jsou:

- *analýza specifických stresových faktorů,*
- *podpora odborných kontaktů,*
- *přiměřená míra odpovědnosti a pravomocí zaměstnance,*
- *podpora rekreačních a sportovních akcí v mimopracovní době,*
- *vytvoření vyhovujícího pracovního prostředí,*
- *finanční ohodnocení,*
- *morální ohodnocení,*
- *efektivní komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými,*
- *zprostředkování potřebné a nestigmatizující formy pomoci“.*

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a> 272931, cit. 12. února 2010)

3.3 Syndrom vyhoření a význam supervize v sociální práci

Problematiku syndromu vyhoření v diplomové práci zmiňujeme především z důvodu vysokého rizika jeho vzniku u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v pobytových zařízeních. Často zde chybí zpětná vazba od uživatelů, práce je psychicky náročná, výsledky méně viditelné (lze říci, že většinou mentální a fyzické funkce rychleji klesají již po ukončení puberty), v některých zařízeních stále přetrvává nepodnětné prostředí, nedostatek možností a motivace ke zvyšování kvalifikace a osobnostního růstu. BARTOŠÍKOVÁ (2006 in Vašíčková, 2008, s. 19) uvádí, že „nejrizikovější pracoviště jsou ta, kde výdej převažuje nad příjmem, kde zaměstnanci

pracují s vysokým osobním a emočním nasazením a dostává se jim jen málo ocenění a uznání nebo výsledky jejich práce jsou málo uspokojivé“. KEBZA, ŠOLCOVÁ (2003, s. 8) řadí mezi profese ohrožené vznikem syndromu vyhoření právě i pracovníky v sociálních službách.

Syndrom vyhoření jako pojem „burnout“ poprvé použil frankfurtský psychoanalytik Herbert Freudenberger ve své stati publikované v časopisu „Journal of Social Issues“ v roce 1974. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6) Tento pojem se stal záhy velmi oblíbeným ve 70. a 80. letech 20. století v Americe a teprve v 90. letech začal být známým také v České republice. (Vašíčková, 2008, s. 9)

Syndrom vyhoření úzce souvisí se stresem. „*Stres, zejména je-li intenzivní a opakovaný, má negativní vliv na jedince jak v rovině biologické, psychické tak i sociální. V důsledku dlouhodobě působícího stresu se může dostavit syndrom vyhoření neboli „burnout efekt“.*“ (Urbanovská, 2006, s. 80)

Syndrom vyhoření bývá definován různě. Například VAŠÍČKOVÁ (2008, s. 10) uvádí definici PINESOVÉ a ARONSONA (1988 in Křivohlavý, 1998), kteří tento syndrom vymezují jako „*stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy*“. URBANOVSKÁ (2006, s. 80) poukazuje na definici HENNIGA, KELLERA (1996), podle nichž je syndrom vyhoření definován jako „*vyčerpání fyzických a psychických sil, ztráta zájmu o práci, narušení profesionálních postojů a projevuje se především u pracovníků tzv. pomáhajících profesí*“. Tato definice je více zaměřena na pracovní oblast. I KEBZA (2003, s. 11) uvádí, že je důležité si uvědomit, že základní charakteristikou syndromu vyhoření je právě jeho vazba na zaměstnání. Syndrom vyhoření je tedy situačně specifický. Je snadné zaměnit jej za duševní poruchu (např. depresi) či jen běžnou únavu.

„*V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:*

1. *Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.*
2. *Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.*

3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální¹⁸.

4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.

5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.“

Chceme-li lépe pochopit vznik syndromu vyhoření, je nutné uvést alespoň jedno z možných pojetí fází tohoto syndromu. Snad nejznámějším a v praxi nejpoužívanějším pojetím je Henningova a Kellerova pětistupňová koncepce. Jedná se o následující fáze: 1. nadšení, 2. stagnace, 3. frustrace, 4. apatie, 5. vyhoření. (Vašíčková, 2008, s. 16)

KEBZA, ŠOLCOVÁ (2003, s. 13) se k fázím vyjadřují následovně: „Většinou se hovoří na obecné úrovni o iniciační fázi původního zapálení pro věc, po níž dojde k prozření, „vystřízlivění“, či náhledu, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí, klient či osoby, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý, začínají být vnímány negativně. V další fázi vývoje tohoto syndromu nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fáze úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti.“

V krátkosti ještě nastíníme **možnosti prevence** syndromu vyhoření, mezi něž se řadí kupříkladu:

- „efektivní zvládání zátěžových a stresových situací – porozumění vlastním mechanismům zvládání (coping) a obran, relaxace jako způsob šetření energií je obnova ztracených sil;
- schopnost reflexe a sebereflexe vlastní práce včetně vztahů, uvědomění si vlastních nevyřešených konfliktů či traumat;

¹⁸ Symptomatika „burnout efektu“ zahrnuje změny duševní, emocionální, sociální i tělesné. Jmenujme některé ze změn jak je uvádí URBANOVSKÁ (2006, s. 81):

V duševní rovině se dostávají potíže s koncentrací pozornosti, neschopnost jasného výkladu, řešení komplexních úkolů, nepružné černobílé myšlení, nedůvěra ve vlastní schopnosti, ztráta zájmu o profesní témata, únik do fantazie.

Mezi **emocionální projevy** patří sklíčenost, nedůvěra, pocit bezmoci, viny, zoufalství, beznaděje, nedocenení, sebelítost, ale i netrpělivost, podrážděnost, náladovost.

V sociální oblasti se projevuje výrazné omezení kontaktů přáteli a kolegy, partnerské problémy, četné konflikty s vlastními dětmi, netolerance, redukce profesní angažovanosti, nedostatečná příprava na práci, zanechání zájmových činností.

Z psychosomatických reakcí jsou běžné poruchy spánku, oslabení imunitního systému, rychlá unavitelnost, vegetativní potíže (dýchací, srdeční, zažívací), bolesti hlavy, vysoký krevní tlak, zvýšený svalový tonus, neschopnost relaxace.

- *sociální opora – příslušnost k týmu, týmová setkání, vzájemná podpora v týmu supervize, bálintovské skupiny, a další formy odborné podpory, přátelé, rodina;*
- *možnost profesního rozvoje, další vzdělávání a prohlubování znalostí a dovedností;*
- *vyváženost pracovního a osobního života;*
- *znalost a reflexe svého psychického a fyzického stavu¹⁹.*

(dostupné na World Wide Web: <http://www.duseatelo.cz/cz/redakce/odkazy-clanky-a-literatura/prevence-syndromu-vyhozeni/r32>, cit. 22. února 2010)

Ve výčtu možností preventivních opatření figuruje i pojem **supervize**. Supervize (z lat. „super“ = nad, nej a „vize“ = vidina, zjevení) je důležitou součástí profesního růstu a prevence syndromu vyhoření. V oblasti psychoterapie, sociální práce a dalších oborů je již běžnou součástí rozvoje pracovníků, v oblasti školství zatím není běžným pojmem.

Za všechny uvedme definici BAŠTECKÉ (1999 in Bártlová 2007, s. 7): *„Supervize je metoda, která umožňuje pracovníkovi pochopit, co brzdí jeho porozumění s klientem a co ho může účinně chránit před syndromem vyhoření. Supervize má také chránit před nebezpečím zásahů, které neodpovídají cílům instituce. Supervize obsahuje složku podpory („nadhledu“) i kontroly („dohledu“) a může se zaměřit na problém, na vztah či na průběh. Zabývá se jednoduše tím, co překáží dobrému výkonu profese.“*

HAWKINS, SHOHET (2004 in Bártlová 2007, s. 28-29) vymezují funkce supervize:

- Vzdělávací (formativní) – týká se rozvoje znalostí, dovedností, porozumění a schopností supervidovaných prostřednictvím rozebírání a reflektování práce supervidovaných s klienty.
- Podpůrná (restorativní) – zaměřená především na pracovníky v pomáhajících profesích, kde nevyhnutelně působí zoufalství, bolest, agresivita. To časem vede ke stresu a syndromu vyhoření.
- Řídící (normativní) – plní funkci kontroly kvality péče (prosazování standardů kvality, dodržování etických standardů apod).

¹⁹ Psychologická léčba syndromu vyhoření může zahrnovat:

* *deseinsanalýza* - existenciální psychoterapie přispívající k pochopení existence postiženého a pomáhá provádět následně nápravy k naplnění existence, naučit se být sám sebou;

* *logoterapii* - spočívá v nalezení smyslu života, řešení frustrační situace, objevení nových hodnot a přijetí tohoto smyslu;

* *behaviorální terapie*, doplňující - je zaměřena spíše na dílčí problémy, neřeší postatu problému.

Modely supervize jsou různorodé, můžeme se setkat s následujícími:

- Autosupervize – jde většinou o zamyšlení se nad motivy, které mě vedly k výběru profese.
- Individuální supervize– kontakt supervizora s jedním pracovníkem.
- Týmová supervize– zahrnuje všechny členy pracovního kolektivu, které spojuje pracovní život, není to náhodná skupina.
- Peer supervize – jde o supervizi mezi kolegy bez supervizora. Každý z účastníků zastává roli jak supervizora tak supervidovaného.
- Tandem – konzultují spolu dva kolegové s obdobným rozsahem zkušeností.
- Skupinová supervize²⁰ – účastní se jí skupina pracovníků s podobnými potřebami, přičemž nemusí být z jednoho pracoviště.
- Supervize dané organizace (Bártlová 2007, s. 31-36)

Základem dobré supervize je **kontrakt** – tedy dohoda o supervizi. Kontrakt má obvykle dvě části - technickou a obsahovou a musí, stejně jako celé supervizní setkání, odpovídat *etickému kodexu* vztahujícímu se k supervizi (na jeho vzniku mají podíl organizace zabývající se problematikou supervize – Český institut pro supervizi a Evropská asociace supervize). (Bártlová 2007, s. 37-39)

HAWKINS, SHOHET (2004 in Bártlová 2007, s.51-52) uvádí podmínky úspěchu supervize v organizaci²¹:

- Učení a rozvoj jsou chápány jako celoživotní proces, na všech úrovních řízení.
- Problémy a krize jsou vnímány jako příležitost dělat věci jinak, nutná selhání jsou chápána jako poučení.
- Jedinci i týmy věnují čas pro reflektování vlastní efektivity, rozvoje a učení. Mělo by docházet k trvalé a otevřené zpětné vazbě na všech úrovních včetně klientů.
- Dobrý systém hodnocení pracovníků se neorientuje pouze na výkon, ale i na iniciativu v seberozvoji.
- Věnování pozornosti jednotlivým pracovníkům při jejich příchodu, ale i pracovních změnách a jasné definování rolí.

Je potřeba zmínit, že poslední uvedené body jsou jakýmsi ideálním předpokladem pro zahájení supervizní intervence v rámci organizace. Většinou je velmi těžké,

20 Speciální formou skupinové supervize jsou tzv. bálintovské skupiny. Jsou nazvány podle amerického lékaře maďarského původu Michaela Balinta (1896 – 1970) a původně byly určeny zdravotnickému personálu. Předpokladem práce je otevřenost a upřímnost účastníků skupiny.

21 Tuto oblast supervize je vzhledem k tématu práce důležité alespoň okrajově zmínit, neboť hovoříme o kvalitách, které může zařízení poskytnout svým zaměstnancům i obyvatelům.

především ve velkokapacitních pobytových zařízeních, připravit podmínky pro supervizi. Negativním faktorem bývá nedůvěra personálu v účinky supervize, neschopnost vyjádřit svůj názor, pocity. Často se také stává, že samotné vedení není o významu supervize přesvědčeno, přesto ji však realizuje.

Stávající kapitola byla věnována vymezení základních pojmů v oblasti sociální práce, pokusili jsme se pojmenovat potřeby zaměstnance, které se úzce váží s pracovní zátěží a stresem (lépe řečeno z nich vyplývají), a v poslední řadě jsme se zabývali syndromem vyhoření a supervizí, která se může stát účinným prvkem prevence tohoto syndromu. Je potřeba říci, že teoretické poznatky z této kapitoly budou významným zdrojem při konstrukci dotazníku v empirické části práce, stejně jako poznatky z kapitoly následující.

4 Osoba s mentálním postižením v kontextu kvality života

Poslední kapitola teoretické části se v úvodu zaměří na vymezení pojmu mentálního postižení, jak je vnímáno různými autory. Dále vymezíme charakteristiky vývojových období adolescence, dospělosti a stáří u intaktní populace a zároveň nastíníme specifika prožívání jednotlivých období u lidí s mentálním postižením. Popis oblastí života člověka s mentálním postižením, které ovlivňují kvalitu jeho života, jsou v kontextu této práce velmi důležité pro následnou konstrukci dotazníku v empirické části práce (jak již bylo zmíněno výše). Na závěr uvádíme pohled na kvalitu života lidí s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb v současnosti, především se věnujeme otázce transformace sociálních služeb.

4.1 Pojmové vymezení mentálního postižení

„Kdyby byla mentální retardace věc, stačilo by ji pojmenovat a definovat jednou provždy. Mentální retardace je ale vztah, status, a tak se musí znovu a znovu přejmenovávat a definovat. Společnost se mění a spolu s ní se v proměnlivém světě vyvíjejí i její vztahy“. (Luckasson a Spitalnik 1994 in Vančura 2007, s. 7).

Všimneme-li si, je v názvu podkapitoly uveden pojem mentální postižení, citace autorů však uvádí termín mentální retardace. V úvodu by bylo vhodné přiblížit terminologii těchto pojmů. VAŠEK a kol. (1994 in Valenta, Müller, 2003, s. 15) definuje **mentální postižení** jako *„střešní pojem užívaný v pedagogické dokumentaci, který zahrnuje a orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85. Jinak řečeno je to tedy pojem širší, který používáme pro snížení inteligence na různém etiologickém základě“*. **Mentální retardaci** chápou VALENTA, MÜLLER (2003, s. 14) jako *„poměrně nejednoznačný termín, který je v současnosti vymezován množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí“*. Jako příklad nejednotnosti v této oblasti je možno uvést tvrzení, kdy autorka považuje oba termíny za synonymní: *„K označení předmětu speciální výchovy v psychopedii je v současné době užíván termín mentálně retardovaný nebo jeho synonymum mentálně postižený jedinec.“* (Černá, Novotný, Zemková, 1982, s. 8)

MÜLLER (2006, s. 21) uvádí, že *„pojem mentální retardace je totožný s oligofrenií – čili s takovým stavem subnormální inteligence, na jehož počátku byl*

geneticky podmíněný patologický vývoj či organické poškození CNS vzniklé v prenatálním, perinatálním či postnatálním vývojovém období“.

Dle autora dále „existuje celá škála **definic** mentální retardace,²² které se však většinou týkají celkového snížení inteligence, případně následného snížení adaptace na okolní prostředí. Proto můžeme za mentální retardaci považovat takovou vývojovou duševní poruchu (s prenatální, perinatální i postnatální etiologií), která je charakteristická celkovým významným snížením inteligence doprovázeným nedostatkem v adaptaci na okolní prostředí.²³ Co se týká **klasifikace** mentální retardace, jsou používána různá klasifikační kritéria. Nejčastějšími jsou kritéria: etiologická, symptomatická, vývojová, podle závažnosti (stupně) postižení (zde se řídíme platnou desátou decennální revizí ‚Mezinárodní statistické klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů‘, kterou vydala ‚Světová zdravotnická organizace‘ v Ženevě)“.

(Müller, 2006, s. 21)

MÜLLER (2006, s. 21) se také zmiňuje o další psychické poruše - **demenci** – což je „získaná porucha inteligence, která modelově vzniká až po druhém roce ontogenetického vývoje a má v porovnání s mentální retardací většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Pro většinu demenci je charakteristické lokální poškození mozku a následně i psychiky – někdy se hovoří o „intelektových ostrovech“ mentálních funkcí, kdy některé mechanismy jsou poškozené a jiné zůstaly víceméně zachované“.

„Kategorie ‚osob s mentálním postižením‘ je široká a vnitřně nekonzistentní z mnoha úhlů pohledu. Samozřejmými faktory této variability jsou např. věk, umístění v instituci nebo rodinné zázemí včetně socioekonomického statutu a rodinné konstelace a mnohé další. Různorodost uvnitř skupiny je evidentní i pokud uvažujeme další formy znevýhodnění, které se s intelektovým postižením často pojí, jako např. omezení hybnosti, smyslové postižení, poruchy autistického spektra, epilepsie, statisticky čtenější psychické onemocnění atd.“ (Vančura 2007, s. 8) KOZÁKOVÁ (2005, s. 10) uvádí výčet dalších poruch, které se mohou stát předmětem psychopedické péče:

22 Definice mentální retardace bývají často členěny do skupin podle základního kritéria. Můžeme tedy sledovat definice zdůrazňující:

1. aktuální pásmo inteligence, 2. biologické faktory, 3. sociální faktory, 4. více hledisek. Konkrétními příklady definic se zabývá např. publikace KOZÁKOVÉ (2005, s. 19-20)

23 Pro doplnění uvedme definici mentální retardace publikované AAMR (American Association for Mental Retardation) v roce 2002: „Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech“. (Luckasson et al. 2002 in Černá a kol. 2009, s. 80)

- „jiná duševní postižení,
 - *pervazivní vývojové poruchy (viz specializované třídy pro děti s autismem),*
- v klientele psychopeda se mohou někdy objevit i lidé:
- *se specifickými poruchami učení či chování,*
 - *s poruchami chování a emocí či dětskými psychózami (pedopsychiatrie), s afektivními poruchami,*
 - *s neurotickými poruchami vyvolanými psychotropními látkami (viz terapeutická centra, střediska, komunity, nápravná zařízení...),*
 - *s kombinovanými vadami /s vícečetným postižením či /s tzv. dvojí diagnózou, (viz např. velmi časté spojení mentální retardace s dětským autismem, s poruchami chování, se schizofrenií apod.)“.*

4.2 Osoba s mentálním postižením v období adolescence, dospělosti a stáří

Obsah této subkapitoly je zaměřen na tři etapy vývoje osoby s mentálním postižením – adolescenci, dospělost a stáří. V každé z těchto oblastí nejprve stručně přiblížíme charakteristiku tohoto období u intaktní populace²⁴, dále specifika prožívání téhož období u jedince s mentálním postižením.

• ADOLESCENCE

Důležité změny a mezníky u adolescenta definuje VÁGNEROVÁ (2000 in Lečbych, 2008, s.49): „1. do období adolescence obvykle spadá první pohlavní styk; 2. období adolescence je ohraničeno dvěma významnými sociálními mezníky – ukončení povinné školní docházky a dovršení přípravného profesního období, na které navazuje vstup do zaměstnání a zisk ekonomické nezávislosti; 3. dosažení plnoletosti, která má kromě významu právního také charakter důležitého sociálního mezníku“.

LEČBYCH (2008, s. 49-52) dále uvádí, že kognitivní funkce a styl myšlení se zásadním způsobem nemění, adolescent lépe užívá formálních myšlenkových operací, dochází k jejich fixaci. **Myšlení** je obvykle radikální, zásadové a rychlé. Oproti pubertě se však již častěji objevují mravní soudy, které berou ohled na druhé osoby. V adolescenci se také mění **postoj k budoucnosti**. Důležitou komponentou identity je uvědomění si vlastních kompetencí a hodnocení výkonu. V rámci socializace

²⁴ Pouze stručně vymežeme nejdůležitější momenty a změny v daném období. Členění jednotlivých etap vývoje a jejich věkové vymezení se u některých autorů značně liší, proto se jimi nebudeme podrobněji zabývat.

a emancipace je v tomto období aktuální **odpoutání se od závislosti na rodině**, což dává vzniknout vztahům s vrstevníky obojího pohlaví. Tyto **vztahy s vrstevníky** mají v adolescenci mimořádný význam. Je třeba dodat, že stejně jako pubescence je i adolescence obdobím experimentování s alkoholem a jinými drogami²⁵.

Zaměříme-li se u osob s mentálním postižením nejprve na **oblast intimní**, je zde důležité zmínit, že tito lidé mívají často problém s vnímáním tělového schématu vzhledem ke snížené úrovni kognitivních schopností. Základní prožitky v oblasti sexuality (tak, jak je dítě prožívá od útlého věku v rodinném prostředí) jsou buď tabuizovány ústavním prostředím nebo rodinou samotnou. Komplikace potom nastávají i při prvních pokusech o pohlavní styk, kdy velkou roli sehrává nevědomost. Zde se otvírá prostor pro aplikaci sexuální výchovy u osob s mentálním postižením.

Ukončení povinné školní docházky a dovršení přípravného profesního období je u osob s mentálním postižením spojováno s tzv. **tranzitním obdobím**. ČERNÁ (2009, s. 180) uvádí, že „*podpora jedince s postižením v období mezi školním vzděláváním a nástupem do zaměstnání je jednou z nejdůležitějších strategií celoživotního učení*“. Dále zdůrazňuje i ekonomický přínos podpůrných programů, kdy podporovaná nezávislost a smysluplná práce je méně nákladná než dlouhodobá závislost na péči.

Otázku **plnoletosti** u osob s mentálním postižením není lehké zodpovědět. Chronologický věk u těchto lidí nekorresponduje s věkem mentálním, snížené kognitivní funkce mnohdy nedovolují bližší sebeurčení osoby s mentálním postižením v této oblasti. Dle JENKINSE (1989 in Černá, 2009, s. 179-180) „*u mladého člověka s mentálním postižením k období přechodu do adolescence prakticky nedochází. Jeho život determinuje přetrvávající vázanost na konkrétní uvažování a z toho vyplývající definice jeho identity dospělými, event. postoji a hodnotami, očekáváním, postoji či předsudky společnosti vnímající handicap jako jeho osobní tragédii. Handicap pak vyžaduje odbornou intervenci, o které nemá nárok spolurozhodovat. Pokud se navzdory všem intervencím stane ze školáka dospělý, který nabyl přesvědčení o svém špatném zdravotním stavu, nelze se divit, že přijme pasivní roli nemocného a závislého příjemce péče, za kterou se od něj navíc očekává vděk*“.

Kognitivní vývoj u jedinců s mentálním postižením je podle VÁGNEROVÉ (2004 in Lečbych, 2008, s. 206) ohrožen úbytkem a postupným zhoršováním

²⁵ Emerson a Tumbullová (2005 in Lečbych, 2008, s. 45) srovnávali míru kouření a požívání alkoholu mezi pubescenty s mentální retardací (ve věku 11-15 let) a jejich stejně starých vrstevníků bez mentální retardace. Ve svém výzkumu neprokázali, že by mezi oběma skupinami byl v těchto ohledech statisticky významný rozdíl.

kognitivních funkcí pod vlivem nečinnosti a proto autorka zdůrazňuje nutnost celoživotní podpory pro udržení již získaných kognitivních schopností.

Adolescent více či méně vrůstá do skupiny vrstevníků, která ovšem nabízí i negativa v podobě asymetrických vztahů, šikany, ponižování, posmívání, či vyčleňování osob s mentálním postižením mimo skupinu. Mohou se objevit známky osamělosti, nudy, nevhodného využití volného času. (Lečbych, 2008, s. 53)

• **DOSPĚLOST**

„Jednou ze stěžejních rolí dospělosti je role člověka, který viditelně přispívá do společnosti, jejíž je součástí.“ (Černá, 2009, s. 174)

Vymezení pojmu dospělosti je více než obtížné, neboť jak uvádí ČERNÁ (2009, s. 172) *„je třeba rozlišovat dospělost biologickou a dospělost duševní a přitom respektovat systémové sociokulturní a právní faktory“*. BENEŠ (1999 in Šiška, 2005, s. 39) definuje dospělost následovně: *„Dospělým ve smyslu vzdělávání je osoba, jejíž hlavní sociální role se dají charakterizovat statusem dospělého a která zároveň ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému.“* Navíc v dnešní konzumní společnosti je podle ČERNÉ (2009, s. 173) obtížné nalézt souhrnné hledisko pro posouzení, zda člověk je nebo není dospělý. Zatímco biologické faktory jsou stálé, sociálně-kulturní faktory podléhají změnám.

Autorka dále vymezuje faktory (mnohé se překrývají s faktory adolescentního období), které přispívají k dosažení statusu dospělosti nebo mu naopak brání:

Obecně:

- ukončení školní docházky,
- získání zaměstnání,
- odchod z domova rodičů,
- uzavření sňatku, založení rodiny,
- administrativní a právní faktory (např. dosažení zletilosti, trestní odpovědnosti, držení identifikačních průkazů apod.).

Specificky:

- právo volit a být volen,
- získání sociálních dávek od státu,
- postoje personálu,
- postoj samotných dospívajících (zda se sami chtějí stát dospělými),

- diagnostická terminologie (přirovnávání hloubky mentální retardace k vývojovým stádiím dítěte),
- předsudky a stereotypy společnosti. (Černá, 2009, s. 173)

Také osoby s mentálním postižením v dospělém věku sdílí tyto problémy s obdobím dospělosti spojené. Některé z těchto obtíží jsou popsány v kapitole věnované oblastem života osob s mentálním postižením, které ovlivňují kvalitu života těchto jedinců.

• STÁŘÍ

JESENSKÝ (2000, s. 282) řadí k nejcharakterističtějším situacím třetího věku: odchod do důchodu a změna sociální role; slábnutí organismu, nemocnost a úrazovost (pro stáří jsou typické i některé druhy nemocí: arteriosklerózy mozkových tepen, Alzheimerova nemoc, senilní demence a psychické poruchy apod.); omezení společenských kontaktů; změny v rodinných vztazích; bezmocnost a závislost na péči jiných osob; mortalita, předsmrtné stavy a umírání.

Je potřeba zmínit, že ne na všech zmíněných situacích člověk s mentálním postižením seniorského věku participuje. Jako příklad uveďme osobu s mentálním postižením umístěnou celoživotně v pobytovém zařízení s ne příliš velkou snahou zajistit jí pracovní uplatnění, byť by v produktivním věku měla k pracovní činnosti předpoklady. Vytrácí se nám tak problematika odchodu do důchodu a změny sociální role. Společenské kontakty zůstávají na obdobné úrovni, stejně jako kontakt s rodinou, je-li nějaký. Bezmocnost a závislost na péči je vnímána „přirozeně“.

Vzhledem k faktu, že dochází k prodloužení délky života i u osob s mentálním postižením²⁶ na délku téměř stejnou jako u intaktní populace (Černá, 2009, s.205), je nutné přizpůsobit poskytované služby také této kategorii osob. V současnosti se péče o dospělé lidi s mentálním postižením směřuje do oblasti celoživotního vzdělávání, chráněného bydlení a pracovních příležitostí. Tyto možnosti by později lidem s postižením, až vstoupí do seniorského věku, mohly zajistit jeho plnohodnotné prožívání se všemi jeho atributy.

²⁶ VÁGNEROVÁ (2008, s. 314) uvádí, že stárnutí osob s mentálním postižením je však procesem souvisejícím do značné míry s etiologií jejich postižení. Například u osob s Downovým syndromem hovoříme o předčasném stárnutí, jeho první známky se projevují již mezi 40.-50. rokem života.

4.3 Oblasti života osob s mentálním postižením jako ukazatelé kvality života

Kapitola vymezuje jednotlivé oblasti života osob s mentálním postižením, které mají nesporně vliv na kvalitu jejich životních podmínek. Vycházíme přitom ze základních potřeb člověka, bez ohledu na to, zda jeho život ovlivňuje postižení či ne. Potřeby a přání máme všichni bez rozdílu stejné a saturace ve všech nyní jmenovaných oblastech je nezbytná. Jmenovitě k těmto oblastem můžeme řadit zdravotní a psychický stav, míru soběstačnosti a potřebu podpory, dále otázky vztahů (zaměřili jsme se na rodinu, sexualitu osob s mentálním postižením a jejich partnerskou a rodičovskou roli), bydlení, vzdělávání, pracovního uplatnění a v neposlední řadě způsob využití volného času a problematiku volby a rozhodování lidí s mentálním postižením.

- **Zdravotní stav a úroveň soběstačnosti**

Obecně lze říci, že mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit. Veškeré léčebné a terapeutické metody tedy vedou k podpoře zdraví a přijatelnému rozvoji osob s tímto postižením. Z výčtu prostředků, které ovlivňují kvalitu zdravotního a také psychického stavu člověka s mentálním postižením uvedme (Vágnerová, 2008, s. 315):

- *„Farmakoterapie je jen podpůrnou a doplňkovou léčbou, používá se např. ke korekci poruch chování či zlepšení koncentrace pozornosti. Stimulační léčba není považována za vhodnou, jelikož aktivizuje i negativní projevy, jako je neklid a agresivita.*
- *Psychoterapie mentálně postižených má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj potřebných dovedností a návyků. V případě lehce postižených lze použít i skupinovou terapii, zaměřenou na korekci sociálního chování, resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí.“²⁷*

²⁷ VANČURA (2007, s. 25) uvádí, že odborná terapeutická péče pro osoby s intelektovým postižením není samozřejmostí ani ve vyspělých zemích. Přitom se u skupiny osob s intelektovým postižením psychické potíže vyskytují častěji než u ostatní populace. Podle některých výzkumů psychiatrické potíže u osob s mentálním postižením často nejsou ani zjištěny, zůstávají tedy neléčeny (Bouras, Holt, 2004). Podle stejných autorů jsou odborníci v oblasti péče o duševní zdraví zpravidla špatně připraveni na setkání s lidmi s mentálním postižením, péči o ně vnímají jako velkou zátěž. Zajímavým zdrojem informací pro práci v této oblasti by mohlo být „Prohlášení o rovnocennosti osob s intelektovým postižením ve zdravotní péči“ (Declaration on Health Parity For Persons With Intellectual and Developmental Disabilities). Jak plyne z názvu, dokument formuluje požadavek rovnocenného přístupu ve zdravotní péči pro osoby s intelektovým znevýhodněním, mj. zmiňuje také potřebu komplexního zdravotního plánu pro každého člověka s intelektovým postižením včetně zvážení jeho potenciálních zdravotních rizik, budoucí péče atd.

Dále je nutné zmínit *pracovní terapii* (či přímo pracovní uplatnění), *pohybové aktivity*²⁸ a pobyty v přírodě, které nesporně přispívají k lepší fyzické a psychické kondici.

Zaměříme-li se na osoby s hlubším stupněm mentálního postižení, lze potom využít různých speciálních metod a konceptů jakými jsou například bazální stimulace, prenatalní terapie, psychomotorická terapie, metoda Snoezelenu, aromaterapie, terapie s účastí zvířete (hipoterapie, canisterapie, popř. felinoterapie). U osob s kombinovaným postižením přichází na řadu rehabilitační metody – jako zástupce jmenujme nejčastěji využívané – Vojtova metoda reflexní lokomoce, koncept manželů Bobathových, při dysfagii je k dispozici koncept orofaciální regulační terapie.

Úrovní soběstačnosti a s tím související mírou poskytované podpory se zabývá ekologický model²⁹ pojetí mentální retardace. Model podporuje samostatnost, nezávislost a sebeurčení osob s mentální retardací. LEČBYCH (2008, s. 22-23) v souvislosti s tímto modelem uvádí standardizovanou škálu na měření míry podpory (Supports Intensity Scale) vydanou Americkou asociací pro mentální retardaci (2004), která měří právě míru podpory, kterou člověk potřebuje k tomu, aby mohl žít v určitém prostředí. Škála mapuje podporu v těchto oblastech: **život v domácnosti, život v komunitě, učení, zaměstnání, zdraví a bezpečí, sociální aktivity**. V rámci jmenovaných oblastí se zjišťuje frekvence jednotlivých činností a typ podpory, kterou osoba v oblasti potřebuje. Škála rozlišuje pět typů podpory:

1. žádná podpora;
2. dohlížení (monitoring);
3. pobízení slovy a gesty (verbal/gestural prompting);
4. částečná fyzická asistence (partial physical assistance);
5. úplná fyzická asistence (fully physical assistance),

přičemž stupeň potřebné podpory nemusí vyjadřovat hloubku postižení intelektu. Člověk s mírným postižením může vyžadovat větší míru podpory při zapojení do náročnější pracovní činnosti než člověk s těžším postižením intelektu, který se rychle adaptoval na jednoduchou pracovní činnost.

28 Pohybovými aktivitami u osob s mentálním postižením se v literatuře podrobněji zabývá Vlasta KARÁSKOVÁ (např. publikace *Pohybem k výchově klienta s mentálním postižením* (2002), *Úvod do didaktiky tělesné výchovy žáků s mentálním postižením* (2005)).

29 LEČBYCH (2008, s. 17-23) uvádí čtyři modely pojetí mentální retardace: 1. medicínský, 2. sociální, 3. popisný, 4. ekologický. Modelům medicínskému a sociálnímu bývá často vytýkáno, že chápou člověka pouze jako pacienta, orientují se na diagnózu. Popisný model v sobě spojuje směry a přístupy, které upozorňují především na negativní vliv tzv. nálepkování (labeling, též etiketizační teorie). Ekologický model odráží filozofii integračního hnutí a jeho snahou je řešit praktické problémy, které s sebou integrace osob s mentální retardací přináší.

- **Vztahy**

Rodina

Následující podkapitola je v práci zařazena z důvodu nesporného významu rodiny v oblasti kvality života osob s mentálním postižením. Přestože je empirická část práce zaměřena na kvalitu života osob s mentálním postižením v zařízení sociálních služeb, i zde hraje rodina ve vztahu k člověku s postižením významnou roli. A to především v případech, kdy rodiče s dítětem (či již dospělým) komunikují, tráví společný čas v zařízení v rámci návštěvy, na vycházce, nákupu či „dovolené“ v místě bydliště. Ne vždy poskytuje rodina osobě s postižením, která je např. umístěna v zařízení s celoročním pobytem, podporu a náležitou péči, přesto zde můžeme pozorovat benefity vyplývající ze vztahu nebo alespoň kontaktu s příbuznými.

Není tomu tak dávno, kdy se rodině dospělé osoby s mentálním postižením nevěnovalo mnoho pozornosti. Lidé s tímto typem postižení bývali často od raného věku umísťováni do pobytových zařízení (především ústavů sociální péče³⁰). Pokud si rodiče dítě doma ponechali, neexistovaly služby rané péče, psychologická podpora či respitní služby jak je tomu v současnosti. V soudobé literatuře již můžeme najít výčet potřeb i obav rodičů, kteří pečují o člověka s mentálním postižením.³¹ AINSWORTH, BAKER (2004 in Černá, 2009, s. 174) uvádí následující otázky, které si většinou rodiče pokládají:

- *„Zvládne bydlet sám?*
- *Jak zvládne práci?*
- *Uživí se?*
- *Dokáže hospodařit s penězi?*
- *Nezneužije někdo jeho/její důvěřivosti?*
- *Jak se zvládne sám/sama rozhodovat, když už tu nebudu, abych mu poradil/a?*
- *Co když si ublíží?*
- *Bude žít partnerským životem?‘‘*

Důležité je, aby se rodiče dospělých lidí s mentálním postižením dokázali odpoutat od svých obav a dali jim šanci utvářet si vlastní životní koncept, byť s větší mírou podpory. Nemáme tím na mysli „jen“ využití moderních trendů v péči o osoby

30 Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nesou bývalé ústavy sociální péče označení „domov pro osoby se zdravotním postižením“.

31 V práci nahlížíme i na rodinu člověka s mentálním postižením z pohledu dospělého věku. Problematikou dětského věku, který je ovlivněn mentálním postižením, se zabývají např. publikace MATĚJČKA (1992) *Rodičům mentálně postižených dětí*, z části také VALENTY, MÜLLERA (2003, s. 236-242) *Psychopedie* nebo ČERNÉ (2009, s. 128-136 a s. 153-157) *Česká psychopedie*.

s mentálním postižením (chráněné bydlení, chráněné zaměstnávání, podporované zaměstnávání – zde je nutné dodat, že ne každý člověk s postižením má potenciál tyto služby využívat), ale především podporu samostatnosti v rodině jako takové. Mnoho rodičů totiž považuje své dospělé potomky s mentálním postižením i v dospělosti za děti. Kvalitu života v rodině neurčuje míra starostlivosti a péče, nýbrž stupeň enkulturace člověka s mentálním postižením, který mu podmínky v rodině zajistily.

Sexualita

Sexualita osob s mentálním postižením byla ještě donedávna tabuizovanou tematikou. Mnoho rodičů, ale i pracovníků koedukovaných či nekoedukovaných zařízení se každodenně potýká s problémy v této oblasti a nalezení vhodného řešení či postupu nebývá jednoduché. Doposud panuje mnoho předsudků vůči sexualitě lidí s mentálním postižením. KOZÁKOVÁ (in Valenta, Müller, 2005, s. 46-49) uvádí následující předsudky:

- osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud;
- problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví;
- člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem;
- realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy;
- osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoli sexuálních potřeb či mají postižení v oblasti sexuality;
- součástí intimního vztahu musí být i pohlavní styk.

Z výčtu předsudků je patrné, jak široké je téma sexuality osob s mentálním postižením, téma je závažné jak v prostředí rodiny tak v prostředí pobytových zařízení. V práci je bohužel vymezen jen malý prostor pro toto téma. Mohli bychom samozřejmě hovořit o sexualitě v obecném pojetí, o prožívání sexuality u osob s mentálním postižením, o zavádění sexuální výchovy do vzdělávání lidí s mentálním postižením, právní problematice, důsledcích potlačování sexuality u osob v rezidenčních zařízeních až po téma zneužívání osob s mentálním postižením.

Partnerství a rodičovství

Pohled na partnerský život a rodičovství lidí s mentálním postižením se liší. Jsou zastánci názoru, že je vhodné, aby byl lidem s postižením umožněn partnerský život, mají tím však na mysli občasné setkávání se například v rámci aktivit pobytového

zařízení. Rodičovství v takovém případě nepřipadá v úvahu. Opačným pólem je stanovisko možnosti společného života, společného bydlení, využití antikoncepce, případné těhotenství není vnímáno jako problém³². Pohybujeme se na velmi tenkém ledě plném etických a morálních dilemat. Je nesporné, že i osoby s mentálním postižením mají právo na prožívání vlastní partnerské role. Roli rodičovskou je potom nutné zvažovat z hlediska hloubky postižení, kompetencí člověka s mentálním postižením a uvědomělého přání být či nebýt rodičem. Přání a aspirace bývají mnohdy neadekvátní reálným možnostem dané osoby.

Pro ilustraci „vstřícného“ přístupu k této problematice uveďme příklad ze zahraničí. *„Zkušenosti z Nizozemí, Dánska a také Německa ukazují, že lidé s MP jsou velmi vhodně nastaveni pro vychovávání dětí, jsou-li dostatečně podporováni. (srov.³³) Například ve Švédsku takový systém podpory zahrnuje výpomoc v domácnosti, setkávání s „kontaktními“ rodinami, denní plány pro děti apod. (srov.³⁴) Odborníci tvrdí, že potřeby rodičů s MP nejsou až tak odlišné od potřeb „zdravých“ rodičů. Někteří potřebují pomoc při péči o novorozence (s krmením, koupáním), jiní s udržením zaměstnání, domácími pracemi či hospodařením s měsíčním rozpočtem. Později, když děti vyrostou, přichází problémy výchovné. (srov.³⁵)“* (Lišková, 2006, s. 19-20)

• Bydlení

Otázka kvality bydlení lidí s mentálním postižením se odvíjí od několika faktorů. Je podstatné, zda-li jedinec bydlí v rodině či v pobytovém zařízení, ve městě či na vesnici, má-li vlastní pokoj, nebo jej sdílí se sourozenci, popř. uživateli zařízení nebo vyhovují-li mu podmínky v rodině, popř. chod zařízení. Všechny tyto jevy ovlivňují kvalitu života člověka s mentálním postižením v oblasti bydlení.

Právě oblast bydlení je jedním z dominantních prvků v osamostatňování osob s mentálním postižením. V současnosti můžeme rozlišit následující formy bydlení pro okruh těchto osob jak je uvádí KOZÁKOVÁ (2005, s. 44-47):

32 Pohybujeme se v rozmezí lehkého až středně těžkého stupně mentální retardace.

33 *Pro familia* Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. *Sexualität und geistige Behinderung*. 1998 [cit. 2. března 2005]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.profamilia.de/article/show/831.html?PHPSESSID=4cbb2c5a2643226a5850478590dd199a>>. s. 21

34 WALTER, J. *Sexualität und Geistige Behinderung*. 08.07.2002 [cit. 23. července 2005]. Dostupné na World Wide Web: URL: <<http://bidok.uibk.ac.at/library/walter-sexualitaet.html>>.

35 What are some of the needs of parents with mental retardation? In INGRAM, D. *Parents Who Have Mental Retardation*. September 1993 [cit. 17. července 2005]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.thearc.org/faqs/parmr.html>>.

- společná domácnost/chráněné bydlení;
- domy na půli cesty;
- podporované bydlení;
- bydlení s pěstouny;
- bydlení s asistenční službou;
- vlastní domov.

• **Vzdělání**

Vzdělávání dospělých, osoby s mentálním postižením nevyjímaje, je nedílnou součástí strategie celoživotního učení. MÜLLER (2006, s. 40) uvádí, že *„dospělé osoby s mentální retardací či demencí, které již nejsou vzdělávány v běžném vzdělávacím systému³⁶ se mohou nadále učit v různých institucích (či v kooperaci se specializovanými osobami), jež nemusí být primárně zaměřeny na vzdělávání“*. Ve *výchovně-vzdělávací oblasti* se může jednat např. o individuální doučování, večerní školy, vzdělávací kurzy.

Do oblasti vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením nepatří jen aktivity v oblasti výchovně-vzdělávací, ale i *vzdělávání v rámci pracovní oblasti* (jde např. o běžná zaměstnání, podporovaná zaměstnání, přechodné pracovní programy, chráněná zaměstnání, denní centra a stacionáře) a *v sociální oblasti* (chráněná bydlení, podporované bydlení, osobní asistence, komunitní služby, denní centra a stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením atp). Důležitým momentem rozvoje osob s mentální retardací či demencí je vstup na volný trh práce. Zde se nejvíce osvědčilo podporované zaměstnání (včetně programu Tranzit) a chráněné zaměstnání (obě podpořené například „JOB kluby“, sebeobhajováním, pracovní asistencí ,atp.). (Müller, 2006, s. 40)

Zajímavou úvahu předkládá ČERNÁ (2009, s. 195-6) v textu zabývajícím se *obsahem vzdělávání* dospělých osob s mentálním postižením. Poukazuje na fakt, že v současné době převažuje v dalším vzdělávání orientace na profesní přípravu. Vzhledem k nedostatku pracovních míst není takovéto zaměření adekvátní. Více realistické je připravovat mladé lidi na životní styl, v němž nebude stát na prvním místě stálá placená práce. Je nutné upozornit je na fakt, že se mohou setkat s pocity

36 Jedná se o systém škol, tak jak ho upravuje zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání a hlavně prováděcí vyhláška MŠMT č. 73 (ze dne 9. února 2005), o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí a žáků a studentů mimořádně nadaných.

deziluze, které jsou charakteristické pro nezaměstnanost a spíše je vést k rozvoji znalostí, postojů a názorů, které budou moci uplatnit i ve svém občanském životě.

Kvalita v oblasti vzdělávání osob s mentálním postižením nezávisí jen na vhodném, individuálním přístupu ke každé osobě, ale především na dostupnosti služeb poskytujících vzdělávací aktivity, poradenství v této oblasti a otevřenosti vnějšího prostředí k integračním snahám ve vztahu k osobám s mentálním postižením.

- **Pracovní uplatnění**

„Pracovní aktivita a s ní spojený pravidelný denní režim vhodným způsobem stimulují a udržují mnohé kompetence mentálně postižených. Dává jejich životu náplň a smysl. Je však třeba, aby tato činnost odpovídala jejich možnostem, úrovni jejich myšlení, koncentrace pozornosti, nevyžadovala rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Mentálně postižení se nejlépe uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Práce by neměla být náročná na senzomotorickou koordinaci a přesnost.“ VÁGNEROVÁ (2008, s. 312)

Význam práce s ohledem na člověka s mentálním postižením můžeme zdůraznit výčtem neocenitelných benefitů, jak je uvádí KREJČÍŘOVÁ (2006):

- společenské uplatnění,
- formování imaginativně-emotivních složek integrity osobnosti,
- rozvoj zájmů a společenských aktivit,
- možnost eliminace sociálně patologických jevů,
- navázání nových kontaktů a přátelství,
- zvýšení prestiže v postavení v rodině a okolí.

K možnostem pracovního uplatnění³⁷ osob s mentálním postižením řadí KOZÁKOVÁ (2005, s. 44):

- volný trh práce, běžné zaměstnání;
- podporované zaměstnávání;
- přechodné zaměstnávání, tranzitní programy;
- chráněné dílny.

Jako další možnost pracovního uplatnění autorka uvádí také denní centra a stacionáře³⁸.

³⁷ Zaměstnáváním osob se zdravotním postižením (mimo jiné) se z právního hlediska zabývá především část III. zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

³⁸ Účelem těchto zařízení není zabezpečit osobám se zdravotním postižením placené zaměstnání, nýbrž zdokonalit nebo alespoň posílit či udržet jejich pracovní a sociální dovednosti.

- **Volný čas**

Zkvalitnění života osob s mentálním postižením prostřednictvím volnočasových aktivit velmi výstižně popisuje VANČURA (2007, s. 24-25). Z jeho pohledu „*oblast poskytuje možnost účinné korekce obtíží, které pro lidi s postižením plynou ze segregačních tendencí, z každodenní zkušenosti odmítnutí, konfrontace s civěním a jinými negativními aspekty každodenních kontaktů s okolím. Vytváření „nepostižené identity“, tedy ty rolí a jednání, které se k postižení nevztahují, sbírání zkušeností s pozitivním, akceptujícím přístupem, je pro lidi s mentálním postižením účinným obranným mechanismem zmíněnými důsledky stigmatu, které se na intelektové postižení váže. Mezi volnočasovými aktivitami je přitom jednodušší nalézt aktivity, které tak jednoznačně nevyžadují výkonnost a situace, ve kterých se lidé s postižením mohou mnohem snáze uplatnit, cítit se při nich dobře, strávit smysluplný čas.*

Stejně jako při vytváření příležitostí pro pracovní uplatnění zde bude zřejmě náročným momentem vytvoření akceptujícího, podporujícího prostředí. Vedle stávajících dobrovolnických aktivit v této oblasti by zřejmě bylo možné pokusit se o zprostředkování kontaktu mezi zástupci cílové skupiny a konkrétními institucemi (Základní umělecké školy, centra provozující zájmové kroužky apod.), které potenciálně mohou nabídnout své služby. Určitá „supervize“ a další podpora pro tyto instituce by zřejmě ale byla nutnou podmínkou pro navázání smysluplné spolupráce s cílovou skupinou.“

- **Služby**

Lidé s mentálním postižením mohou využívat běžných služeb, jakými jsou například: *zdravotní služby* (pediatr, praktický lékař, zubní lékař), *sociální služby* (osobní asistence, poradenství, dávky státní sociální podpory), *obchodní služby*, *dopravní služby* (výlety, zájezdy), *kulturní služby* (divadlo, kino, koncerty), *sportovní služby* (bazén, kuželky, sportovní centra, sledování zápasů), *služby pro péči o zevnějšek* (kadeřnictví, kosmetika), *duchovní služby* (kostel, sbor) atd.

Dále můžeme zmínit *služby respitní* (tj. odlehčovací, které slouží pro osoby pečující o jedince s mentálním postižením) nebo *centra samostatného života* (servisní organizace specializující se na podporu lidí s postižením, a to většinou prostřednictvím lidí s postižením, kteří byli sami úspěšní ve vedení samostatného života).

Pomineme-li *poradenské služby* pro osoby s mentálním postižením v období školní docházky³⁹, dospělý jedinec potřebuje poradenskou intervenci zejména v následujících oblastech:

- „*Léčebná (fyzioterapie, dietoterapie, aplikace nootropik – léků povzbuzujících činnost mozku, antiepileptik atp.)*,
- *pedagogická a volnočasová*,
- *sociální (čerpání příspěvků a dávek)*,
- *oblast komunikace (volba náhradních a podpůrných komunikačních systémů)*,
- *pracovní (agentury podporovaného zaměstnávání)*,
- *technická (kompenzační pomůcky)*,
- *právní*“.

(Bendová in *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením*, 2007, s. 26)

Autorka také uvádí přehled organizací poskytujících poradenství pro osoby s mentálním postižením. Jmenujme alespoň zástupce: *Sdružení pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR*; *APLA Praha* (Asociace pomáhající lidem s autismem); občanské sdružení *SPOLU Olomouc*; agentury podporovaného zaměstnávání *Rytmus Praha*, *Máme otevřeno*, *Koník České Budějovice*, *AGAPO*; *Česká alzheimerská společnost – Pamatováček Olomouc*; *Kolumbus*, o. s. a další. (Bendová in *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením*, 2007, s. 25-30)

- **Rozhodování, možnost volby**

Svoboda a sebeurčení jsou považovány za základní lidská práva. V historii nebyl těmto právům osob s mentální postižením dáván příliš velký prostor, přesněji řečeno žádný. „*V současnosti můžeme rozlišit čtyři typy sdělování a prosazování zájmů jedince s postižením a to prostřednictvím:*

1. *sebe sama*
2. *neplaceným zástupcem (přítelem, příbuzným, občanským advokátem)*
3. *placeným zástupcem (sociální pracovník, klíčový pracovník, pracovník domácí péče)*
4. *organizací (např. Národní rada zdravotně postižených, Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR).*

³⁹ V tomto období je poradenství zajišťováno především službami rané péče, speciálněpedagogickými centry pro žáky s mentálním postižením (popř. pro žáky s poruchami autistického spektra).

Mezi aktivizující nástroje rozvoje prosazování zájmů člověka s mentálním postižením jako jedince stejně jako kategorie občanů, jejichž jedním z aktérů je člověk s mentálním postižením, patří:

- *občanská advokacie*⁴⁰,
- *sebeobhajování*.⁴¹ (Černá, 2009, s. 209-210)

Je třeba zmínit, že v oblasti sociálních služeb přispělo k rozvoji svobodné volby, samostatnosti a nezávislosti osob s mentálním postižením jistou měrou i přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který si klade jako jeden ze svých cílů prevenci sociálního vyloučení a posilování nezávislosti osob se zdravotním postižením (např. nový způsob výplaty příspěvku na péči přímo uživateli, možnost výběru sociální služby).

4.4 Kvalita života osob s mentálním postižením v zařízeních sociálních služeb v současnosti

Přestože se kvalita života lidí s mentálním postižením po 1989 v určitých zařízeních sociálních služeb výrazně zlepšila (některé bývalé ústavy sociální péče prošly již kompletně transformací), stále můžeme v mnoha zařízeních především s celoročním pobytem spatřovat rizika ústavní péče, jak je popisuje MATOUŠEK (1995, s. 107-112):

- *hospitalismus* - tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, "civilní" život;
- *velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy*;
- v ústavech se velmi často objevuje „*ponorková nemoc*“;
- všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou výtečnou živou půdou pro *šikanování* ⁴²;
- *erotické vztahy mezi klienty*;

40 Občanský advokát je osoba, která je členem stejné komunity jako člověk s mentálním postižením. Zastává roli rádce či poskytovatele informací. Není kompetentní k přebírání odpovědnosti za osobu s mentálním postižením, nýbrž ji podporuje v samostatných rozhodnutích, předkládá jí informace ve srozumitelné podobě. Jedná se o formu laické pomoci, která může být podpořena komunitním pracovníkem. (Lečbych, 2008, s. 75)

41 Skupiny sebeobhájčů představují uskupení lidí s mentálním postižením vytvořené za účelem setkávání se, rozvíjení vzájemných kontaktů, sdělování názorů, předávání zkušeností. Většinou vznikají při domovech pro osoby se zdravotním postižením či institucích, kde mají lidé s postižením příležitost setkávat se. Jedná se o formu svépomocné skupiny, kterou provozně zaštiťují profesionálové, ale náplň si řídí sami klienti. Náplň bývají diskuse, přizvání zajímavého hosta nebo společné výlety. (tamtéž)

42 Termín šikanování se užívá k označení násilného chování klientů vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích však i personál ústavu zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování, případně mohlo dojít i k úmrtí klientů následkem hrubého zacházení. *Zneužívání klientů* může mít i jemnější povahu. Personál si například může přisvojovat výsledky jejich práce, klienti mohou dostávat méně stravy, než na kolik mají nárok apod.

- *konfuze rolí;*
- *ztráta soukromí* je pravidelnou daní za pobyt v ústavu; často se jedná o nucené sdílení malého prostoru s obyvateli, které si člověk vybrat nemohl;
- *obyvatel ústavu* je neustále *nucen přizpůsobovat se* jednak *režimu*, jednak *potřebám jiných obyvatel*; všechny jeho projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat.

Transformace ústavů sociální péče je součástí moderních trendů péče a podpory o osoby s mentálním postižením, příklady dobré praxe k nám po revoluci „putovaly“ především ze skandinávských zemí. U nás se transformací jako jeden z průkopníků tohoto fenoménu zabýval **Milan Cháb**. Jako bývalý ředitel Ústavu sociální péče Horní Poustevna usiloval celou svou činností i osobním nasazením až do své smrti v roce 2001 o proměnu ústavní péče na "přátelské" sociální služby, odpovídající různorodým individuálním potřebám a přáním lidí s mentálním postižením, a o posilování jejich samostatnosti. **Cenu Milana Chába** vyhláší tradičně sdružení Rytmus, od roku 2006 ve spolupráci se sdružením Quip - Společnost pro změnu. Je udělována osobnostem, které se výrazným způsobem zasadily o zkvalitnění podmínek života lidí s mentálním postižením. (Dostupné na World Wide Web: <http://www.kvalitavpraxi.cz/cena-milana-chaba.html>, cit. 3. února 2010)⁴³

Transformace probíhá v souladu s dokumentem *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“* schváleným vládou ČR v únoru roku 2007 a v souladu s novým Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a se Standardy kvality sociálních služeb. Cílem projektu je celková změna pobytového zařízení, které nevyhovuje kritériím pro poskytování sociálních služeb nastavených zákonem, ve služby, které plně odpovídají standardům kvality, zaručují ochranu práv uživatelů a odpovídají poptávce ze strany zájemců. Jedním z předpokladů je vytvoření služeb i jiného typu například chráněného bydlení, podporovaného bydlení s cílem přiblížit uživatelům život v přirozeném prostředí. Sestavený **transformační tým** má za úkol přinášet nové informace a pomáhat

43 Příloha č. II obsahuje popis totalitní ústavní péče o lidi s mentálním postižením dle Milana Chába. Upozorníme však, že popis je subjektivně zabarvený. V žádném případě není v práci zařazen z důvodu znehodnocení práce v podobných zařízeních za totalitního režimu.

s pochopením a zvládnutím celého procesu jednak zaměstnancům, ale také klientům a jejich rodinám. Etapy transformace jsou následující:

- vzdělávání zaměstnanců
- vzdělávání klientů v oblasti uplatňování jejich práv
- komunikace s veřejností, osvěta
- nácvik klientů na samostatné bydlení v chráněném bydlení s přesně stanovenou mírou podpory poskytovatele
- vymezení rizik
- nákup nebo pronájem bytů, domů
- postupný přechod klientů do chráněných bydlení
- zapojování klientů do pracovního procesu

(Dostupné na World Wide Web: <http://www.uspjinosov.cz/Transformace.html>, cit. 5. ledna 2010)

Jak je patrné, problematika kvality života lidí s mentálním postižením je velmi široké téma plné nevyjasněných otázek. Ať se již pohybujeme v nejednotnosti názorů na práva osob s postižením v různých oblastech života nebo se dotkneme „ožehavé“ otázky týkající se transformace zařízení sociálních služeb. Samotné problematice transformace, zkušenostem s ní a úskalím, které přináší, by mohla být věnována samostatná diplomová práce. Výzkum v oblasti potřeb osob s mentálním postižením⁴⁴ je přinejmenším aktuální, neboť jen s relevantními poznatky můžeme správně nasměrovat další podporu pro tyto občany.

44 VANČURA (2007, s.32-36) zdůrazňuje propojení tří složek v kvalitním výzkumu potřeb osob s mentálním postižením. Na první místo řadí vlastní zapojení osob s mentálním postižením do výzkumu, dále jejich rodičů (případně jiných pečovatelů) a konečně také využití zkušenosti profesionálů.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologická východiska průzkumu

Následující kapitola přiblíží metodologii průzkumu, tedy cíl průzkumu, použité metody, administrativu průzkumu a charakteristiku průzkumného souboru. Popis domova pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém daný průzkum probíhal, se zaměří i na snahy zařízení týkající se zvyšování kvality poskytovaných služeb a transformační tendence zařízení.

5.1 Cíl průzkumu

Cílem empirické části je *zmapovat postoj zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením k naplňování cílů a poslání zařízení*. Dílčími cíli jsou potom:

- *zhodnotit schopnost zařízení naplnit potřeby zaměstnanců;*
- *zhodnotit úroveň kvality života osob s mentálním postižením daného domova.*⁴⁵

Je patrné, že problematika, kterou se empirická část zabývá je složena ze dvou, můžeme říci, diametrálně odlišných oblastí – tj. z pohledu na kvalitu života uživatelů a na druhé straně z pohledu na schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců. Každé téma by si zasloužilo svůj vlastní podrobnější průzkum. V diplomové práci jsou témata obsažena souběžně především z důvodu zjistit komplexní pohled zaměstnanců na problematiku zařízení, mimo to ale také na žádost vedení domova pro osoby se zdravotním postižením, kde průzkum probíhal. Analýza dat poslouží k evaluaci zařízení, tak jak ji doporučuje pravidelně provádět legislativa (konkrétně máme na mysli především přílohu č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. – obsah standardů kvality sociálních služeb; **standard č. 15**⁴⁶). Podobné průzkumy v zařízení proběhly, témata byla ale předkládána samostatně. Úroveň kvality života uživatelů nebyla hodnocena z pohledu zaměstnanců, ale z pohledu samotného uživatele (prostřednictvím klíčového

45 Je třeba zmínit, že pořadí dílčích cílů zde uvedených nekoresponduje s pořadím v názvu diplomové práce. Po pečlivém uvážení bylo hodnocení schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců zařazeno na první místo z důvodu předpokládané větší ochoty zaměstnanců vyplnit dotazník.

46 Standard č. 15. **Zvyšování kvality sociální služby**

Kritérium

- a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- c) **Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance** a další zainteresované fyzické a právnické osoby;
- d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

pracovníka), což je velmi přínosné, nicméně názor zaměstnanců na danou problematiku bude přínosem také.

Z daných témat logicky vyplývá, že *spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami úzce souvisí s úrovní kvality poskytované služby*. Na jedné straně tedy bude pro zařízení přínosem zjistit, jak se ve své pracovní pozici respondent cítí a neméně důležité bude jeho hodnocení vztahující se právě ke kvalitě poskytované služby.

Mapování problematiky zařízení sociálních služeb je z obecného hlediska důležité i z toho důvodu, že se stále setkáváme s *velkokapacitními zařízeními*, ve kterých může chybět soukromí, nemusí být dostatečně respektována intimní zóna uživatelů, dále se mohou vyznačovat nízkou mírou individuální podpory, nedostatečným vedením uživatelů k samostatnosti, nedostatkem personálu, nesourodou skupinou zaměstnanců, nekvalitní výměnou informací mezi zaměstnanci apod. Domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém průzkum probíhal, můžeme také řadit mezi velkokapacitní zařízení, které se bohužel s některými z těchto faktorů potýká. Domov ovšem v posledních letech prošel mnohými pozitivními změnami, které přispěly ke zvýšení kvality života uživatelů i zaměstnanců. V následujícím období by mělo dojít k dalšímu velkému kroku vpřed – *transformaci zařízení*. Otázky týkající se této problematiky jsou také předmětem průzkumu.

Na závěr je třeba uvést, že *průzkum není anonymní*, některé údaje o zařízení jsou po dohodě s vedoucími pracovníky uvedeny.

5.2 Metody a administrativní průzkumu

Schéma postupu průzkumu se shoduje s klasickým pojetím fází pedagogického výzkumu. Byla provedena pilotáž, předprůzkum a vlastní průzkum.

Pilotáž zahrnovala zkušenosti z *pozorování problematiky v praxi* (v rámci dřívějšího pracovního poměru v zařízení). Je nutné dodat, že podmínky v domově se po dobu nepřítomnosti změnily, proto byla nutná *konzultace s vedoucí výchovně vzdělávacího úseku* paní Mgr. Hanou Mazalovou (zástupkyně ředitele), která laskavě poskytla informace o stávající situaci v zařízení. Na konzultaci byla diskutována především otázka transformace zařízení, snahy zařízení ve zvyšování kvality života uživatelů, ale i pracovních podmínek zaměstnanců, dále problematika zavádění standardů kvality sociálních služeb apod. Dále byly poskytnuty materiály z předchozích hodnocení podobné problematiky v zařízení, tj zpracované výsledky dotazníkových šetření.

V rámci návštěvy zařízení proběhly i **kratší konzultace se dvěma vedoucími pracovníky domovů**, které poskytly opět jiný pohled na problematiku.

Předprůzkum byl postaven na následujících bodech:

- studium zapůjčených dat vyhodnocených dotazníků ze zařízení (konkrétně se jednalo o „Dotazník spokojenosti a potřeb zaměstnanců za rok 2008“ a „Dotazník spokojenosti uživatele sociální služby za rok 2007“);
- předběžné sestavení dotazníku;
- konzultace položek dotazníku se 6 zaměstnanci, selekce nevhodných položek, doplnění chybějících položek dle aktuální problematiky;
- průběžné konzultace dotazníku s vedoucí diplomové práce;
- sestavení konečné podoby dotazníku (viz Příloha č. III).

Vlastní průzkum byl tedy založen na **dotazníkovém šetření**, kterého se v konečné fázi zúčastnilo 127 respondentů. Dotazník byl určen pro všechny zaměstnance zařízení, tj. v přímé i nepřímé péči. Dotazníky byly osobně předány vedoucím pracovníkům domovů a jednotlivých úseků (hospodářský a ekonomický) na poradě vedoucích pracovníků. Celkem bylo předáno 189 dotazníků (z toho 120 pro zaměstnance v přímé péči a 69 pro zaměstnance v nepřímé péči). Z důvodu zvýšení anonymity (myslíme tím anonymitu ve vztahu k zaměstnancům, průzkum samotný anonymní není) byly jednotlivé dotazníky vloženy do obálky a respondenti měli možnost předat jej přímému nadřízenému či do schránky na stížnosti. Této možnosti bylo u mnoha respondentů využito.

Ke zpracování se navrátilo 134 dotazníků, z čehož 4 byly nevyplněné (přesto zalepené v obálce a odevzdané – vysvětluji si to jako „splnění povinnosti“ vůči vedoucímu pracovníkovi) a 3 dotazníky byly vyplněny chybně. **K analýze dat a jejich interpretaci tedy bylo využito 127 dotazníků**, což představuje celkem uspokojivou **návratnost 67 %**. Musíme brát v úvahu některé položky dotazníku, které mohly respondentům připadat příliš osobní, a například z toho důvodu dotazník nevyplnili. Je třeba také zmínit, že málokterý respondent zodpověděl všechny otázky (v případě, kdy respondent otázku nezodpověděl, je výsledek zařazen do kategorie „*neuveдено*“).

Dotazník obsahuje 44 položek. Položky č. 25, 26, 43 a 44 jsou kontaktní, zjišťují zařazení v přímé či nepřímé péči, délku praxe v zařízení, pohlaví a věk respondenta a dosažené vzdělání. Tyto položky jsou vyhodnoceny v následující podkapitole („Charakteristika průzkumného souboru“), neboť nejlépe vystihují charakteristiky souboru a skladbu respondentů a některé z vyhodnocených faktorů sehrají roli v analýze

a interpretaci dalších položek dotazníku. Položky č. 1 - 24 jsou zaměřeny na spokojenost a potřeby zaměstnanců, mezi něž je zařazena problematika transformace zařízení, kolegiálních vztahů, otázka supervize, náplně práce, možnosti vzdělávání a osobního růstu, stanovení platu či přítomnosti jiného ohodnocení a také otázka provozních podmínek a celkové spokojenosti ve stávajícím zaměstnání. Položky č. 27 – 42 se zabývají pohledem zaměstnanců na kvalitu života uživatelů služby, např. na vztah zaměstnanců k uživatelům, míru podpory, práva uživatelů, kvalitu zdravotní a výchovně-vzdělávací péče, úroveň bytových podmínek, individuální plánování služby, možnost pracovního uplatnění, využití volného času, míru podpory při navazování partnerských vztahů apod.

Získaná data jsou zpracována prostřednictvím počítání četností a následně vyhodnocena. U jednotlivých otázek je vždy ve výsledcích uvedena četnost v procentech, v závorce je potom uvedeno číslo četnosti odpovídajících respondentů. U několika položek je ponechán prostor pro volné vyjádření respondenta. Ve výsledcích průzkumu je vždy uvedeno, kolik procent respondentů této možnosti u jednotlivých odpovědí využilo. U některých volných výpovědí ponecháme text v autentické podobě. Je velmi obtížné rozlišit, které výpovědi upřednostnit a do práce uvést, a které nikoli. Vzhledem k faktu, že cílem práce je zmapovat komplexně problematiku zařízení z pohledu zaměstnanců, uvedeme volné výpovědi všech respondentů, dle uvážení i některé z kontaktních údajů dotazovaných. Pro zjednodušení řadíme v některých případech podobné výpovědi do kategorií. Výčet odpovědí v určitých položkách (např. položka č. 14 vymežující oblast, ve které by se chtěl respondent vzdělávat) nekoresponduje s počtem dotazovaných, kteří se vyjádřili, a to z toho důvodu, že právě zde respondent uvedl více vzdělávacích oblastí – figuruje tedy v otázce dvakrát i třikrát. Podotkněme, že odpovědi, které jsou ponechány v autentické podobě, mohou být subjektivně zabarveny nebo se v nich vyskytuje starší terminologie.

Posloupnost výsledků průzkumu se shoduje s řazením otázek v dotazníku, mimo již zmíněné 4 položky kontaktní, které jsou vyhodnoceny v následující podkapitole. (Statistické vyhodnocení dotazníku viz Příloha č. IV)

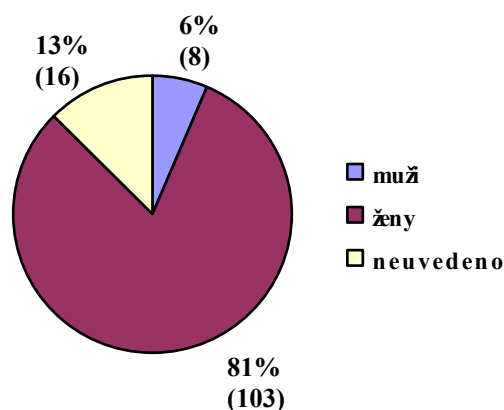
5.3 Charakteristika průzkumného souboru

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 127 respondentů⁴⁷ domova pro osoby se zdravotním postižením (konkrétně *Vincentina, poskytovatele sociálních služeb Šternberk, p.o.* – bližší popis zařízení viz níže). Jedná se o nesourodou skupinu pracovníků (Organizační schéma pracovníků viz Příloha č. V) ať již z hlediska věku, pohlaví, dosaženého vzdělání, pracovní pozice apod. Při vyplňování položek hrálo nepochybně roli momentální rozpoložení respondenta, některé dotazníky byly celkově velmi negativně laděny, jiné až přespříliš pozitivně. Musíme brát v úvahu také možnost, že někteří respondenti mohli vyplnit dotazník náhodným výběrem položek, aby splnili povinnost vůči nadřízenému.

Následující grafy a tabulky přesněji vymezí charakteristiku průzkumného souboru. Zabývali jsme se především určením pohlaví a věku respondentů, dosaženým vzděláním, pracovním zařazením v přímé či nepřímé péči a délkou praxe v zařízení. Původně měla být do dotazníku zařazena i otázka zjišťující pracovní pozici respondenta v zařízení (konkrétní domov či úsek – u výsledků některých položek by bylo pro vedení domova přínosné znát konkrétní pracoviště, kde je potřeba provést změnu). Po konzultaci s pracovníky domova však bylo od záměru upuštěno, jelikož právě tato položka by mohla činit osobu snadno „dohledatelnou“ a být tak překážkou ve vyplnění a odevzdání dotazníku, návratnost by byla nižší. Tak jako zřejmě i na jiných pracovištích byla z vyplňování kontaktních údajů cítit nedůvěra, byť byla k dotazníku přiložena obálka a respondenti měli možnost odevzdat jej anonymní cestou (opět máme na mysli anonymitu ve vztahu k zaměstnancům, průzkum samotný anonymní není). Mnohé obálky se vrátily několikrát přelepené, i přesto kontaktní údaje chyběly.

Následující graf a tabulka ukazují, že se šetření zúčastnilo 8 mužů (6%), 103 žen (81%) a 16 respondentů (13%) pohlaví neuvedlo (tito respondenti neuvedli ani věk). Ze zmíněných 8 mužů svůj věk uvedlo 6 respondentů (průměrný věk mužů je 44,33 let), ze 103 žen potom věk uvedlo 85 (průměrný věk žen je 44,46 let). Celkový průměrný věk respondentů je 44,4 let. Jak je tedy z grafu patrné, poměr žen a mužů je značně nevyrovnaný, tento stav je však v pomáhajících profesích běžný. Je tedy téměř bezpředmětné uvádět pohlaví respondentů jako jeden z třídících znaků při analýze dat dotazníku, jelikož nepoměr je opravdu značný.

⁴⁷ Máme na mysli dotazníky respondentů, které vyhovovaly pro následné zpracování.

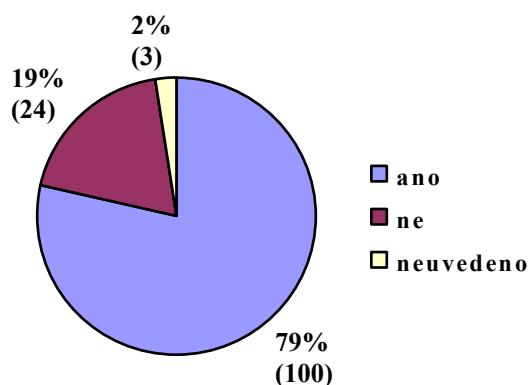


Graf č.2: Pohlaví respondentů

		muži	ženy	neuvedeno	celkem uvedeno
počet respondentů, kteří uvedli věk	četnost	6	85	36	91
	četnost v %	5	67	28	72
průměrný věk v dané skupině		44,33	44,46	–	44,40

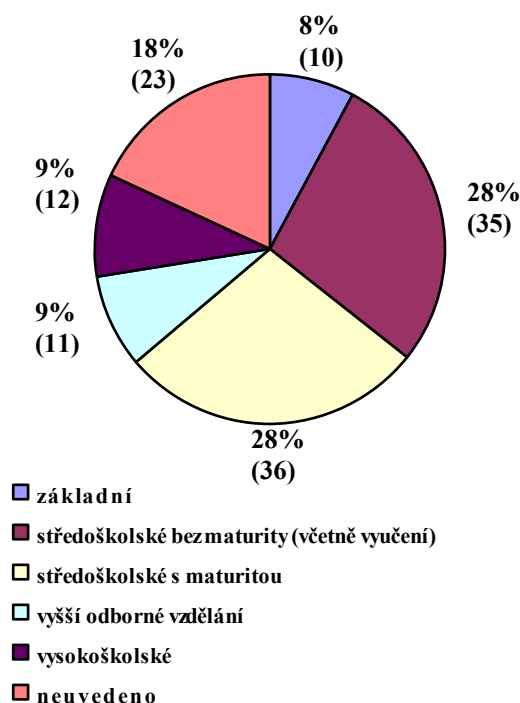
Tabulka č. 2: Věk respondentů

Stejně tak jsme se s „nevyrovnanými silami“ setkali při hodnocení výsledků zařazení zaměstnance v přímé či nepřímé péči. Graf č. 3 ukazuje, že v přímé péči pracuje s uživateli 79% (100) dotazovaných, v nepřímé péči 19% (24) respondentů a 2% (3) respondentů údaj neuvedli. Jak již bylo zmíněno výše, v přímé péči by v zařízení mělo pracovat dle získaných informací 120 zaměstnanců, v nepřímé péči potom 69 osob. Návratnost od první skupiny zaměstnanců byla tedy skutečně vysoká. Hledisko přímé a nepřímé péče bude zdůrazněno jen u mála pečlivě zvážených položek, jelikož poměr mezi oběma skupinami je opět neadekvátní. Pokud by ovšem návratnost od zaměstnanců v nepřímé péči byla vyšší, bylo by zhodnocení a porovnání jejich názoru především na problematiku úrovně kvality života uživatelů služby nesporně přínosem pro průzkum (jejich pohled není tolik zatížený jako u zaměstnanců, kteří jsou s uživateli s mentálním postižením v každodenním kontaktu).



Graf č. 3: *Práce s uživateli v přímé péči*

Dalším faktorem, který byl u respondentů zohledněn a bude ho částečně využito při vyhodnocení některých položek, je nejvyšší dosažený stupeň vzdělání. Z grafu vyplývá, že 8% (10) respondentů dosáhlo základního vzdělání, 28% (35) středoškolského vzdělání bez maturity, 28% (36) středoškolského vzdělání s maturitou, 9% (11) vyššího odborného vzdělání, 9% (12) vysokoškolského vzdělání a 18% (23) respondentů se k otázce nevyjádřilo. Z uvedených dat jsme zjistili, že největší zastoupení mezi respondenty mají středoškolsky vzdělaní zaměstnanci. I stupeň vzdělání hraje důležitou roli v nahlížení na problematiku, kterou se průzkum zabývá.

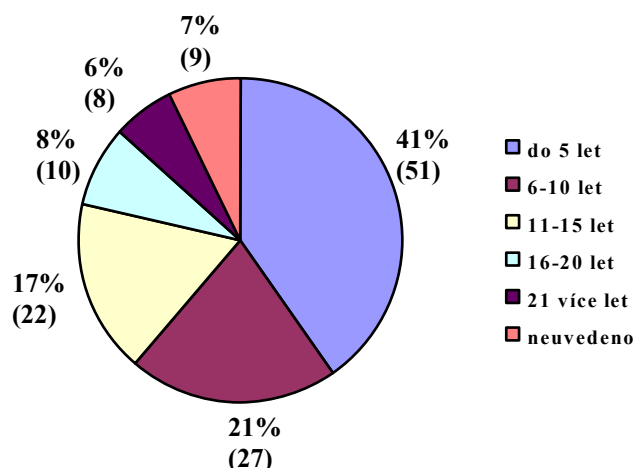


Graf č. 4: *Nejvyšší dosažené vzdělání*

Poslední vyhodnocenou kontaktní položkou je určení délky praxe v daném zařízení. „Služebně starší“ zaměstnanci bývají více vyčerpaní, přístupnost změnám může být nižší. Jejich výhodou je ale profesní i životní zkušenost. „Služebně mladší“ disponují větším nadšením, zapálením pro věc, mohou být ale neuvážení, zbrklí v jednání a rozhodování. Z hlediska délky praxe v konkrétním zařízení je důležité si uvědomit, že respondent, kterému je 25 let a pracuje v organizaci 2 roky bude mít na problematiku odlišný názor než pracovník se stejnou délkou praxe v zařízení, ovšem ve věku 60 let. Zde hraje roli především osobní i pracovní životní zkušenost. Proto bychom mohli některé výpovědi považovat za diskutabilní. Respondenti měli možnost zařadit se do jedné z pěti skupin, největším počtem zařazených respondentů (41%) disponuje kategorie do 5 let, naopak nejmenším počtem (6%) kategorie 21 let a více. Pro zajímavost je v tabulce u každé skupiny uveden i průměrný věk respondentů. Podotkněme, že ne všichni respondenti, kteří uvedli délku praxe v zařízení, následně uvedli i svůj věk (zohledněno v tabulce č. 3). Pro přehlednost uvádíme znázornění délky praxe v zařízení i pomocí grafu (viz graf č 5).

délka praxe	do 5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	neuvedeno
četnost	51	27	22	10	8	9
<i>četnost v %</i>	<i>41</i>	<i>21</i>	<i>17</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
počet respondentů, kteří věk uvedli/jejich průměrný věk	43	20	16	6	6	–
	42,67	47,2	42,19	45,67	52,83	

Tabulka č. 3: Délka praxe v zařízení



Graf č. 5: Délka praxe v zařízení

Některé z vybraných položek budou hodnoceny právě z hlediska délky praxe.

5.3.1 Charakteristika domova pro osoby se zdravotním postižením

Následující text přiblíží ve stručnosti domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém průzkum probíhal, jeho snahy o zvyšování kvality životních i pracovních podmínek a také problematiku procesu transformace, kterou se v současné době domov zabývá. Informace byly čerpány především z výročních zpráv zařízení z let 2008 a 2009 a také z informačního serveru Vincentina, který byl zřízen pro zaměstnance z důvodu lepší informovanosti zejména o probíhajících změnách v zařízení.

Základním posláním Vincentina – poskytovatele sociálních služeb Šternberk., p.o. je celoročně poskytovat přiměřenou podporu a péči dětem, mládeži a dospělým lidem obou pohlaví s mentálním a vícenásobným postižením tak, aby se jejich život co nejvíce přiblížil životu v běžném sociálním prostředí s přihlédnutím k jejich individuálním potřebám.

Zařízení nabízí nejen základní **sociální služby**, ale **i navazující činnosti**, jako například pracovní a výchovné terapie, fyzioterapii, logopedii, prenatální a senzomotorickou stimulaci, volnočasové sportovní, kulturní, společenské aktivity, jednodenní i vícedenní pobyty mimo zařízení, hipoterapii, canisterapii atd.

Zásadním cílem Vincentina ve Šternberku je rozvoj individuálních schopností a dovedností uživatelů služby a respektování jejich osobních cílů a přání.

V roce 2009 činila kapacita domova **227 uživatelů sociální služby**. Zařízení je rozděleno do **8 domovů**, z toho 5 v budově zařízení **na ulici Sadová** a 3 domovy na odloučeném pracovišti **na Bezručově ulici**. Rozdělení uživatelů do jednotlivých domovů je závislé především na míře potřebné podpory a péče, na věku a pohlaví uživatelů. Uveďme nyní rozdělení cílových skupin dle věku a dle míry potřebné podpory a péče:

Rozdělení cílových skupin podle věku

1. Děti a mládež s mentálním a vícenásobným postižením od 3 let do ukončení povinné školní docházky
2. Dospělí lidé s mentálním a vícenásobným postižením v aktivním věku
3. Senioři s mentálním a vícenásobným postižením

Rozdělení cílových skupin podle míry potřebné podpory a péče

1. Děti, mládež, dospělí a senioři vyžadující podporu v některých sociálních oblastech a nemající možnost svou nepříznivou situaci řešit v domácím prostředí
2. Děti, mládež, dospělí a senioři vyžadující vysokou míru podpory a péče při základních životních situacích s nízkou mírou podpory a péče v určitých sociálních oblastech
3. Děti, mládež, dospělí a senioři vyžadující vysokou míru podpory a péče při zabezpečení většiny životních potřeb⁴⁸

Kvalitu podmínek v zařízení vystihují také stanovené **zásady poskytované služby**, mezi něž patří:

- respektování individuality každého uživatele, jeho potřeb a přání, dovedností a schopností, jeho zdravotního stavu;
- poskytování přiměřené podpory nebo péče tak, aby byl uživatel začleněn v maximální možné míře do společnosti, podpora uživatele ve využívání veřejných návazných služeb;
- zapojení uživatele do plánování a hodnocení služby;

⁴⁸ Sociální služba poskytovaná zařízením není určena:

- osobám, u nichž potřebnou podporu či pomoc lze zajistit v běžném sociálním prostředí;
- osobám se sklony k agresivnímu chování související s nekompenzovanou psychickou poruchou a psychózou;
- osobám s akutním infekčním onemocněním, tuberkulózou;
- osobám s patologickou závislostí na alkoholu a dalších omamných látkách.

- dodržování práv uživatelů služby - např. právo na vzdělání, práci, samostatný pohyb, podávání stížností;
- naplňování Etického kodexu pracovníků Vincentina;
- otevřenost vůči veřejnosti – pořádání Dnů otevřených dveří, aktivní prezentace zařízení na sportovních, kulturních a společenských akcích města Šternberka, Olomouckého kraje i České republiky.

Je možné předpokládat, že zásady poskytované služby je v zařízení tohoto typu (máme na mysli kapacitu domova) v mnoha situacích zřejmě těžké dodržovat. K jejich uspokojivějšímu naplnění by v budoucnu měla pomoci transformace zařízení.

5.3.2 Snahy zařízení o zvyšování kvality poskytovaných služeb, transformace zařízení

Nyní zdůrazníme některé ze snah zařízení, které v nedávné minulosti (potažmo i v blízké budoucnosti) ovlivnily či teprve ovlivní kvalitu poskytované služby.

Kvalitu života uživatele ovlivňuje zejména *úroveň výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností a úroveň zdravotní a rehabilitační péče.*

Cílem výchovné a vzdělávací práce je především rozvoj základních smyslových a rozumových schopností a nácvik sebeobsluhy. Při rozvíjení schopností a dovedností obyvatel zařízení je využíváno pracovní, výchovné a aktivizační terapie a další specifické metody práce jako logopedie, metoda strukturovaného učení, snoezel terapie apod. Uživatelé sociální služby, kteří většinou splňují platné legislativní normy pro účast ve vzdělávacím procesu, jsou průběžně diagnostikováni speciálně diagnostickým centrem v Olomouci. Na základě jeho doporučení jsou pak zařazeni do ZŠ speciální ve Šternberku. Ve školním roce 2009 – 2010 docházejí 2 žáci do speciální ZŠ a dalších 19, jejichž zdravotní stav nedovoluje školu navštěvovat, je vzděláváno dvěma speciálními pedagogy přímo v budově Vincentina.

Cílem zdravotního úseku je nabízet a provádět odbornou zdravotní péči registrovanými všeobecnými sestrami, v souladu s nejnovějšími poznatky vědních oborů a potřebami uživatelů sociální služby a ordinací lékařů. Klientům je poskytována rehabilitační péče ve všech formách směřujících k obnovení nebo zlepšení ztracených funkcí, k udržení dosavadních funkcí nebo ke zpomalení progresu. Cílem je dosáhnout maximální možné soběstačnosti, a tím co nejvyšší kvality života. Fyzioterapie zahrnuje pohybovou léčbu, fyzikální terapii, mechanoterapii a vodoléčbu. V letních měsících

se uživatelé pravidelně účastní hipoterapie v Radíkově, opět byla zavedena canisterapie jako jedna z možných služeb.

Významným počinem ve zvýšení kvality poskytovaných služeb je také řešení problematiky *ochrany práv uživatelů služby*. Pracovníci se snaží hledat funkční a smysluplný mechanismus, který by pomáhal hájit zájmy uživatelů s ohledem na jejich dovednosti a zdravotní stav. Proto byla jmenována pracovní skupina, jejímiž členy se stali zástupci všech domovů, jejichž koordinátorem je sociální pracovnice. Tým si zvolil pracovní název **“Ochranáři”**. Prioritním úkolem této skupiny je snaha o aktivní zapojení všech pracovníků zařízení do vytváření co nejlepších podmínek života uživatelů služby. Členové týmu ochranářů pak na svých domovech podporují své spolupracovníky v dodržování těchto práv a řeší situace střetu zájmů. Dalším úkolem týmu “Ochranářů” je přijímat a řešit stížnosti na kvalitu poskytované služby ze strany uživatelů i pracovníků zařízení, včetně stížností anonymních.

Od roku 2000 pomáhá zkvalitnit život uživatelům domova **Občanské sdružení “Vincentinum”**, které je spoluorganizátorem většiny sportovních, kulturních či společenských akcí a na jehož činnost přispívají sponzoři.

Na kvalitu života uživatelů, ale i pracovních podmínek zaměstnanců má vliv i *činnost hospodářského úseku*, který se kromě běžné údržby významně podílí na rekonstrukcích zařízení. Za zmínku z poslední doby stojí kompletní rekonstrukce jednoho z domovů, dokončení výstavby multifunkční místnosti v suterénu hlavní budovy, zřízení nové školní třídy včetně vybavení na Sadové ulici, opravy některých šaten a sociálních zařízení, celková oprava společenského sálu včetně instalace videoprojekce, úprava horního vjezdu do areálu s vybudováním parkoviště z betonových panelů pro motorová vozidla zaměstnanců apod.

S kvalitou poskytovaných služeb souvisí i možnost *vzdělávání pracovníků*. Zaměstnanci Vincentina poskytují odbornou, profesionální a bezpečnou sociální službu na základě poznatků získaných aktivní účastí na vzdělávacích aktivitách. Podle specifických potřeb uživatelů sociální služby vedoucí jednotlivých domovů a úseků vyhledávají vzdělávací aktivity pořádané po celé republice. Uvnitř domova se osvědčil systém vnitřního vzdělávání pracovníků, které vedou pracovníci zařízení – vyškolení odborníci pro dané oblasti. Například v roce 2007 bylo v zařízení proškolen více než čtyřicet zaměstnanců v používání takzvaných “fyzických úchopů” dle § 89 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tato školení provedl pracovník zařízení, člen Asociace průvodců v problematice rizikového chování, v souladu s podmínkami

kurzu akreditovaného MPSV. Současně proběhlo několik seminářů zaměřených na teorii, diagnostiku a prevenci problémového chování. Dále proběhly semináře Standardů kvality, semináře zaměřené na ochranu práv uživatelů, alternativní komunikaci, vzdělávání pracovníků v sociálních službách z oblasti zajištění první pomoci a další odborné semináře pro zdravotnické pracovníky.

Ve stadiu příprav je **projekt domova pro osoby s vážnější formou poruchy chování**, kde by bylo možné těmto lidem věnovat specifickou a vysoce individuální podporu, plně v souladu s právem na svobodu a osobní rozvoj člověka.

V oblasti **Standardů kvality sociálních služeb** jsou naši pracovníci, registrovanou inspektorkou kvality sociálních služeb MPSV ČR, průběžně proškolení všichni zaměstnanci podílející se na přímé i nepřímé práci. Zpětná vazba z těchto školení se objevuje při vytváření a revizi nových vnitřních směrnic vyplývajících z jednotlivých kritérií standardů kvality.

Pokračuje také **spolupráce s nezávislým externím odborníkem – supervizorem** Dr. Františkem Kučerou a s jeho mediací probíhají skupinové i individuální supervize vedení a pracovních týmů.

Vincentinum patří počtem osob, kterým je poskytována sociální služba, mezi největší v Olomouckém kraji. V roce 2008 rozhodla Rada Olomouckého kraje o výběru tohoto zařízení do celostátně schváleného **procesu tzv. transformace pobytových služeb**.

Mezi plánované oblasti transformačního procesu byly zařazeny:

Cílená příprava uživatelů na změny

- výběr uživatelů dle individuálních přání, vyhodnocení dovedností, vytvoření individuálních programů s prověřením diagnóz, plánů péče a podpory, analýza rizik
- spolupráce s opatrovníky, rodinami uživatelů

Příprava stávajících pracovníků zařízení

- zapojení do vytváření koncepčních záměrů organizace, vzdělávání, osobní růst zaměstnanců
- hledání příkladů dobré praxe, exkurze v jiných sociálních službách

Práce se zřizovatelem a s odbornou veřejností

- zapojení do procesu vytváření sítě navazujících služeb
- napojení na střednědobý plán Olomouckého kraje

Práce s komunitou

- informování veřejnosti prostřednictvím médií, informační kampaň
- práce s dodavatelskými firmami, vznik podnikatelských aktivit v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, např. terénních služeb
- zajištění zaměstnávání uživatelů
- hledání vhodných objektů, pozemků ke stavbě nových služeb, vytvoření stavební projektové dokumentace

V roce 2009 byl tedy zahájen proces transformace, deinstitucionalizace a humanizace pobytové sociální služby. Pro koordinaci uvedených aktivit vznikl v rámci zařízení *transformační tým*, jehož činnost navazuje na práci „Koordinační skupiny zřizovatele“. Vzhledem k tomu, že současný stav budovy zařízení na Bezručově ulici je nevyhovující (zchátralá budova chráněná památkovým úřadem), je prvotní snahou tento objekt opustit. Z celkového počtu 227 uživatelů budou systematicky vyhledávány vhodné podmínky k přestěhování pro cca 70 - 75 uživatelů, což odpovídá počtu uživatelů na odloučeném pracovišti Bezručova. Současně s vytvářením nových druhů služeb⁴⁹ v komunitě budou ve stávající budově na Sadové ulici přijímána opatření zvyšující míru soukromí obyvatel, dodržována opatření předcházející porušování práv uživatelů služeb.

V roce 2009 byly realizovány dílčí kroky těchto oblastí transformačního procesu:

1. Práce „Koordinační skupiny zřizovatele“ za účasti pracovníků KÚ, zástupce vedoucí odboru sociálních věcí Města Šternberka a ředitele Vincentina.
2. Cílená příprava cca 70 - 75 uživatelů na změny systematicky navazující na zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe.
3. Příprava stávajících zaměstnanců zařízení.
4. Práce s veřejností.

49 Jaké nové služby bude třeba registrovat? (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

- osobní asistence § 39

- podpora samostatného bydlení § 43

- domov pro osoby se zvláštním režimem §50

- chráněné bydlení §51

- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením § 66

- sociálně terapeutické dílny § 67

- sociální rehabilitace § 70

Je třeba uvést, že s procesem transformace přichází v úvahu i **rizika** a to jak ze strany uživatele služby, tak i zaměstnanců a společnosti. Uživatel může ztratit pocit jistoty a bezpečí, naopak může zažít pocit neúspěchu, selhání, strach ze zodpovědnosti. Zaměstnanec se nemusí ztotožnit s myšlenkou procesu, může mít strach ze změny, ztráty pracovního místa či strach „za uživatele“. V rámci širší společnosti se jedná především o nepřijetí, o negativní vnímání spoluobčanů se zdravotním (zejména mentálním) postižením.

Na závěr kapitoly uvedme *dlouhodobé cíle na období let 2009 – 2013*, jak si je zařízení vytyčilo a pokud budou alespoň částečně splněny, nepochybně výrazně přispějí ke kvalitě životních podmínek všech zúčastněných:

- pokračování v realizaci projektu v rámci SROP (Společný regionální operační program) - ergoterapie, cvičné bydlení, zaměstnávání uživatelů služby;
- rozšíření nabídky poskytovaných fakultativních služeb, především pro uživatele s vysokou mírou podpory;
- rozšíření možnosti pracovního uplatnění početnější skupiny uživatelů;
- na základě specifických potřeb uživatelů pokračování v systematickém vzdělávání všech zaměstnanců;
- pokračování ve funkčním zavádění Standardů kvality sociálních služeb do praxe v návaznosti na stavební úpravy jednotlivých domovů, systémový rozvoj pracovních týmů a průběžnou aktualizaci vnitřních norem;
- postupné realizování dílčích částí procesu transformace zařízení a opuštění nevyhovujících objektů na pracovišti na Bezručově ulici.

Snahy zařízení a vize do budoucna, tak jak tu byly popsány, vyznívají možná až příliš pozitivně. Je potřeba zmínit, že situace je také domov od domova odlišná. Někde se zaměstnanci i uživatelé mohou těšit z příjemného prostředí, vybavení, vydařených kolegiálních vztahů, vřelého vztahu k uživatelům apod., na dalším pracovišti se vyskytují značné problémy a nespokojenost. Proto je tolik nezbytná evaluace zařízení i z pohledu zaměstnanců. Následující kapitola, která se bude zabývat konkrétní problematikou, snad částečně napomůže k odhalení nesrovnalostí a nabídne podněty k řešení situace vedoucím pracovníkům.

6 Analýza výsledků a jejich interpretace

Problematika spokojenosti a potřeb zaměstnanců a také téma životní úrovně uživatelů bude nyní přiblíženo pomocí interpretace získaných dat a to z pohledu zaměstnanců Vincentina, poskytovatele sociálních služeb, p.o. Je nutné zmínit, že i když byly otázky pokládány obecně, velké množství respondentů na ně odpovídalo z pohledu svého pracovního zařazení, tj. z pohledu problematiky na určitém domově/úseku. Tento fakt je zcela přirozený. Několik dotazovaných však pojalo problematiku opravdu obecně ve vztahu ke všem uživatelům služby a některé otázky připomínkovalo i v místech, kde nebyla dána možnost volné výpovědi (tyto připomínky také uvádíme).

Následující podkapitola přiblíží výsledky analýzy spokojenosti a úrovně naplňování potřeb zaměstnanců zařízení.

6.1 Analýza spokojenosti a úrovně naplňování potřeb zaměstnanců zařízení

Jak již bylo uvedeno, první část dotazníku se zaměřila na otázky týkající se spokojenosti a potřeb zaměstnanců. První otázka však byla zaměřena na obě cílové skupiny šetření a zajímalo nás, zda pracovníci pocítili nějaké pozitivní změny (ať již ve prospěch zaměstnanců či uživatelů) od doby, kdy byly podobné dotazníky vyplňovány naposledy. 40% (51) respondentů uvedlo, že změny zaregistrovali, 25% (32) nikoli, 31% (39) se vyjádřili pomocí „nevím“ a 4% (5) dotazovaných odpověď neuvedlo. U odpovědi „ano“ měli respondenti možnost volně se vyjádřit, čehož využilo 20 osob z této kategorie, tedy 39%. Uvedme nyní zaregistrované pozitivní změny:

- „Větší kladení zaměstnanců na samostatnost uživatelů (sebeobsluha apod.).“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Méně uživatelů na domovech, hezčí prostředí, vstřícnější personál.“ (žena, 45 let)
- „Práce uživatelů za plat, samostatnost uživatelů, zaměstnanci začali podávat stížnosti, supervize pomáhajících profesí.“ (žena, 47 let)
- „Především transformační proces, jinak střídavě oblačno – tj. drobné změny k lepšímu jsou vyváženy drobnými změnami k horšímu.“ (muž, 36 let)
- „Postupná rekonstrukce všech domovů.“ (žena, 51 let)

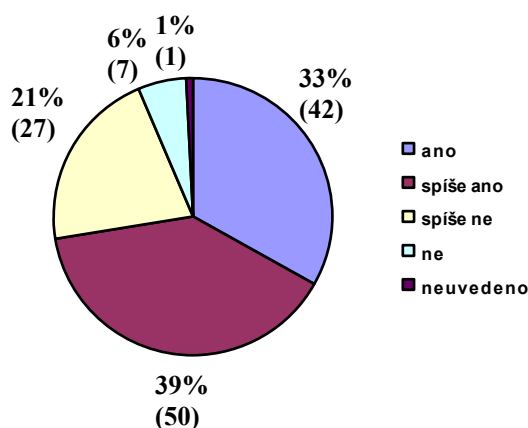
- „Lepší přístup zaměstnanců ke klientům.“ (muž, 61 let)
- „Více kulturního vyžití, klienti mají větší volnost, během dne mohou být na pokojích, nezamykají se pokoje.“ (žena, 40 let)
- „Počátek transformace, skupina ochránců, rekonstrukce.“ (žena, 33 let)
- „Daleko větší volnost a samostatnost uživatelů (pozn. ale jak na kterém domově).“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Změny hlavně pro kvalitu života uživatelů.“ (žena, 41 let)
- „Zvýšila se ochrana práv uživatelů.“ (žena, věk neuveden)
- „Zákaz kouření, lepší vybavení.“ (žena, 50 let)
- „Uživatelé mají větší volnost, více práv.“ (žena, 40 let)
- „Velká nabídka akreditovaných seminářů přímo v zařízení.“ (žena, 39 let)
- „Změna v přístupu ke klientům, v uspokojování jejich potřeb (ošacení, návštěvy kulturních programů, výlety, rekreace, docházka do dílen).“ (žena, 48 let)
- „Materiální vybavení domova, dílen.“ (žena, 27 let)
- „Zakoupení strojů.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Možnost podání stížností.“ (žena, 40 let)
- „Víc individuální práce s uživateli.“ (žena, 54 let)
- „Začalo se víc hovořit o transformaci.“ (žena, 53 let)

Je možné pozorovat pestrou škálu zaregistrovaných změn, od změn v materiálním vybavení až po zlepšení vztahu zaměstnanec – uživatel. Možnost volného vyjádření byla nabídnuta i u odpovědi „ne“ (využilo ji 6 dotazovaných, tj. 19% z kategorie), kde respondenti uvádí:

- „Samé zakázky a odbory se také nesnaží vytvořit vhodné podmínky pro zaměstnance.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Na kvalitu života uživatelů se dbá, ale na podmínky zaměstnanců se nikdo neptá, stálé kontroly, zákaz kouření atd. k psychické pohodě na pracovišti nevedou, je zde napětí a nervozita, což mi velmi vadí.“ (žena, 33 let)
- „Samé zakázky, kontroly zaměstnanců.“ (uvedeno 2x: kontaktní údaje respondentů neuvedeny)
- „Vše se dělá papírově, jinak se jede postaru; zaměstnanec je nic, uživatel je víc.“ (žena, 45 let)
- „Na uživatele se tak moc nehledí, ale je to vždy podle domova.“ (žena, věk neuveden)

Názorová neshoda v pohledu na podmínky zaměstnanců a uživatelů je patrná. Dvě respondentky poukazují na nízkou kvalitu pracovních podmínek zaměstnanců, zatímco kvalita života uživatelů je vysoká. Další respondentka paradoxně zmiňuje nižší úroveň životních podmínek uživatelů.

Dalším předmětem šetření byla míra informovanosti o cílech a posláních zařízení a o jednotlivých krocích v procesu transformace. K lepší informovanosti by mělo přispět i zřízení informačního serveru Vincentina. Získané údaje z dotazníků uvádí následující graf:



Graf č. 6: Informovanost zaměstnanců o cílech a posláních zařízení a o jednotlivých krocích v procesu transformace

Z grafu č. 6 vyplývá, že 72% respondentů „je“ nebo „spíše je“ informováno, což je pozitivní výsledek. 1 z respondentů, který se vyjádřil „spíše ano“ uvádí, že: „O cílech a posláních jsou informace dostatečné, horší je to u jednotlivých kroků.“

Dále byli respondenti dotazováni, zda si myslí, že zrealizování procesu transformace bude mít pozitiva i pro ně. Kladně odpovědělo 38% (48) zaměstnanců, záporně 23% (29) a variantu „nevím“ využilo 39% (50) dotazovaných. U odpovědi „ano“ a „ne“ měli respondenti možnost volně se vyjádřit, někteří pozitiva směřovali i na uživatele. Odpovědi nejsou autentické, jsou seřazeny podle četnosti v následujících bodech. Jako pozitiva respondenti uvedli:

- možnost pracovat s uživateli více individuálně (uvedeno 5x: žena, 39 let; žena, 31 let; žena, 49 let; muž, 36 let; žena, 33 let)
- méně klientů ve skupině (uvedeno 3x: žena, 35 let; žena, 45 let; žena, 39 let)
- menší pracovní kolektivy (uvedeno 3x: žena, 35 let; muž, 36 let; žena, 40 let)

- nebudu muset dojíždět daleko za prací (uvedeno 3x: žena, 45 let; žena, věk neuveden; žena, 40 let)
- větší seberealizace (uvedeno 3x: žena, 46 let; žena, 49 let; muž, 35 let)
- více pracovních příležitostí (uvedeno 3x: žena, 45 let; žena, 53 let; žena, 40 let)
- změna náplně práce, pestrost práce (uvedeno 3x: žena, věk neuveden; žena, 40 let; žena, 48 let)
- změna pracovního prostředí, nebude to stereotyp (uvedeno 3x: žena, 52 let; žena, 40 let; žena, 45 let)
- další vzdělávání (uvedeno 2x: žena, 45 let; žena, 53 let)
- více času na různé aktivity (uvedeno 2x: kontaktní údaje neuvedeny)
- zkvalitnění péče a podpory (uvedeno 2x: žena, 37 let; žena, 42 let)
- „*Domácí prostředí.*“ (žena, 40 let)
- „*Klidnější prostředí - zmírní se agresivita klientů.*“ (žena, věk neuveden)
- „*Možnost práce v terénu.*“ (žena, 31 let)
- „*Pocit volnosti u klientů.*“ (žena, věk neuveden)
- „*Začlenění do společnosti, možnost individuálního rozvoje i u zaměstnanců.*“ (žena, 47 let)

Pozitiv transformačního procesu bylo uvedeno značně víc než negativ, což je potěšující – pracovníci tak budou snadněji přístupni změnám. Obavy z procesu transformace mají dotazovaní, kteří se vyjádřili, tyto:

- propouštění zdravotnického personálu (uvedeno 2x: žena, 33 let; žena, 54 let)
- „*Záleží na lidech, kteří budou v transformovaném bydlení. Doufám, že to nebude znamenat zhoršení péče.*“ (žena, 35 let)
- „*Nárůst pracovníků, menší rozpočet na mzdy.*“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „*Kroky transformace nejsou domyšleny.*“ (žena, 57 let)
- „*Mám spíš obavy z adaptačního procesu u klientů.*“ (žena, 39 let)

Uvedené výpovědi respondentů vyjadřují smíšené pocity, mnohé z nich jsou ale opodstatněné. Například obava z adaptačního procesu u uživatelů je jedním z velkých rizik transformačního procesu obecně. Podotkněme, že se k otázce vyjádřila značná část respondentů (39%), že neví, zda bude mít transformační proces nějaká

pozitiva i pro ně. Buď tedy o celé změně smýšlejí negativně a nechtěli se vyjádřit nebo nejsou dostatečně informováni.

S kvalitou pracovních podmínek pro zaměstnance souvisí i vyjádření se ke spokojenosti s pracovním prostředím (zde je myšleno materiální prostředí, vybavenost apod.) 41% (53) respondentů uvedlo „ano“, 35% (44) „spíše ano“, 17% (21) „spíše ne“ a 7% (9) uvedlo „ne“. Výsledek je tedy veskrze pozitivní – přes ¾ respondentů jsou s pracovními podmínkami spokojeni či spíše spokojeni. Spokojenost v zaměstnání závisí především na interpersonálních vztazích na pracovišti. Proto nás zajímalo, jak respondenti hodnotí spolupráci s kolegy na domově/úseku, ale i spolupráci s kolegy z jiných domovů/úseků. Výsledky ukazují tabulky:

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
velmi dobrá	četnost	35
	<i>četnost v %</i>	28
dobrá	četnost	69
	<i>četnost v %</i>	54
ani dobrá, ani špatná	četnost	19
	<i>četnost v %</i>	15
špatná	četnost	3
	<i>četnost v %</i>	2
velmi špatná	četnost	0
	<i>četnost v %</i>	0
neuvedeno	četnost	1
	<i>četnost v %</i>	1
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	100

Tabulka č. 4: *Hodnocení spolupráce s kolegy na domově/úseku*

Jak můžeme pozorovat z tabulky č. 4, kladně se k problematice vyjádřilo celkem 82% dotazovaných, „neutrálně“ 15 % a záporně pouze 2%. Pokud respondenti odpovídali upřímně, tak je výsledek velmi uspokojivý.

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
velmi dobrá	četnost	13
	<i>četnost v %</i>	<i>10</i>
dobrá	četnost	81
	<i>četnost v %</i>	<i>63</i>
ani dobrá, ani špatná	četnost	25
	<i>četnost v %</i>	<i>20</i>
špatná	četnost	6
	<i>četnost v %</i>	<i>5</i>
velmi špatná	četnost	0
	<i>četnost v %</i>	<i>0</i>
jiná odpověď	četnost	2
	<i>četnost v %</i>	<i>2</i>
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	<i>100</i>

Tabulka č. 5: *Hodnocení spolupráce s kolegy z jiných domovů/úseků*

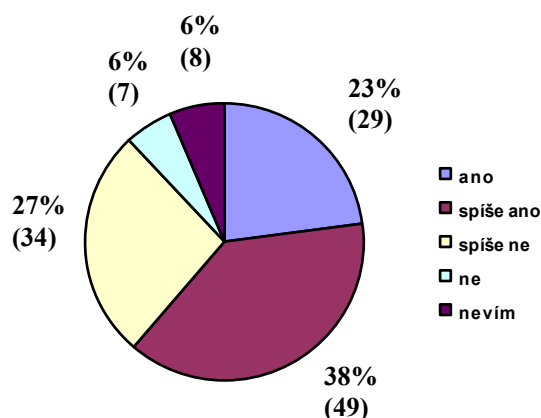
Spolupráce s kolegy z jiných domovů/úseků je také poměrně dobrá, jak ukazuje tabulka č. 5. Procento kladných odpovědí je poněkud nižší (celkem 73%), což můžeme očekávat, jelikož výměna informací mezi jednotlivými domovy a úseky je přirozeně svízelnější než přímo na pracovištích.

Předmětem našeho zájmu v šetření bylo také zjistit, nakolik se přímý nadřízený zajímá o práci zaměstnanců. Tento fakt velmi ovlivňuje pracovní nasazení personálu. Odpověď „ano“ využilo 51% (66), „spíše ano“ 31% (39), „spíše ne“ 9% (11), „ne“ 4% (5) a „nevím, nedokážu posoudit“ 5% (6) respondentů.

Důležitý je též pohled zaměstnance na profesionalitu přímého nadřízeného, nakolik odpovídá jeho funkci, zda má organizačního ducha, umí naslouchat apod. Odpovědi jsme získali vesměs kladné (možnosti „ano“ , „spíše ano“) – 72% (91) respondentů, záporně se vyjádřilo pouze 15% (19), poněkud více respondentů se přiklonilo k možnosti „nevím, nedokážu posoudit“ – 13% (17).

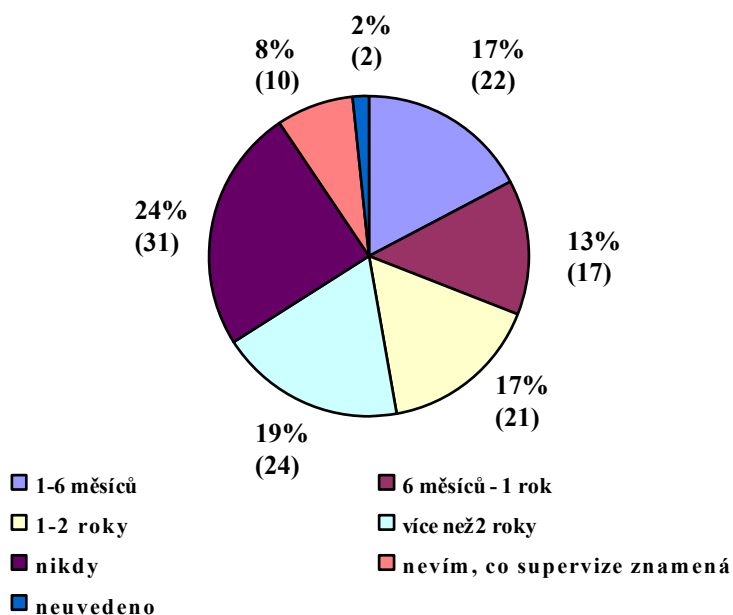
Dále jsme se respondentů ptali na fakt, je-li jejich práce snižována, znehodnocována například kolegy či nadřízeným pracovníkem. Pocit, že „ano“ má pouhých 7% (9) pracovníků, „spíše ano“ 15% (19), „spíše ne“ 27% (34), „ne“ 39% (50) a 12% (15) zaměstnanců se vyjádřilo, že tuto situaci nedokáží posoudit. Výsledek šetření je i u této položky pozitivní. Doufejme jen, že respondenti u těchto otázek „na tělo“ vypovídali pravdivě. Je totiž také možné, že i přes veškerá opatření chránící jejich anonymitu vypovídali spíše pozitivně a tak se chránili v případě možného

dohledání údajů. Dále připadá v úvahu situace (a to nejen u předchozích položek, ale i dále), že respondent sice vyplnil dotazník, ale s určitou „nadsázkou“, „ironií“. Pokud ovšem tyto varianty nepřipustíme, tak můžeme celkově pracovní vztahy v zařízení hodnotit kladně. Jednou z velmi důležitých potřeb zaměstnance je možnost prosadit své názory v kolektivu (týmu). O stavu tohoto jevu v domově vypovídá graf:



Graf č.7: Možnost prosazení názoru zaměstnance na pracovišti

Svůj názor je tedy v kolektivu schopno (zcela nebo alespoň částečně) prosadit 61% (78), „spíše ne“ uvádí 27% (34) a konečně názor neprosadí 6% (7) zaměstnanců. Pro zaměstnance, kteří mají problém se vyjádřit nebo jim není nasloucháno, by mohla být účinným řešením supervize. Této problematice se také týkala další otázka. Supervize sice v domově probíhají (především supervize vedoucích pracovníků), ale zřejmě je frekvence supervizí na jednotlivých domovech odlišná:



Graf č. 8: Setkání se supervizí v rámci pracovního procesu

Po analýze dat této položky a rozčlenění respondentů do jednotlivých kategorií jsme usoudili, že by bylo vhodné následující otázku, která se týká názoru na přínos supervize, posoudit právě z hlediska setkání se se supervizí v rámci pracovního procesu. Při vyhodnocení jsme ovšem pracovali se vzorkem 115 respondentů (10 neví, co supervize znamená, 2 nevedli odpověď ani se nevyjádřili k této otázce). Tento postup byl zvolen proto, že jiný názor na přínos supervize bude mít zaměstnanec, který se se supervizí pravidelně setkává a vnímá ji pozitivně než ten, který se s ní nikdy nesetkal a má předsudky.

	1-6 měsíců	6 měsíců – 1 rok	1–2 roky	více než 2 roky	nikdy	celkem	
	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost	četnost %
ano	14 (63 %)	7 (40 %)	5 (24 %)	1 (4 %)	2 (6 %)	29	26 %
spíše ano	4 (18 %)	3 (18 %)	3 (14 %)	3 (13 %)	4 (13 %)	17	15 %
spíše ne	1 (5 %)	2 (12 %)	4 (19 %)	10 (41 %)	4 (13 %)	21	18 %
ne	1 (5 %)	2 (12 %)	5 (24 %)	9 (38 %)	4 (13 %)	21	18 %
nevím	2 (9 %)	3 (18 %)	4 (19 %)	1 (4 %)	17 (55 %)	27	23 %
celkem	22 (100 %)	17 (100 %)	21 (100 %)	24 (100 %)	31 (100 %)	115	100 %

Tabulka č. 6: *Názor zaměstnanců na přínos supervize*

Z tabulky č. 6 můžeme vyčíst, že jasný přínos supervize uvádí právě zaměstnanci, kteří se s ní setkali v nedávné době, nejmenší šanci dávají pozitivnímu vlivu supervize zaměstnanci, kteří byli supervidováni před více než 2 roky (zřejmě supervize nesplnila jejich očekávání). Tato skupina se také vyjádřila nejvyšším počtem procent – 38% pro možnost, že supervize není přínosem. „Nevím“ využili v 55% (tedy v největším počtu) zaměstnanci, kteří se se supervizí nikdy nesetkali (což je 24% osob).

Dále bylo v průzkumu zjišťováno, jak respondenti hodnotí činnosti, které jsou po nich požadovány, tj. zda pracují v souladu s náplní své práce. 72% (92) dotazovaných odpovědělo, že pracuje v souladu s náplní práce, 26% (33) vykonává

činnosti nad rámec svých povinností a 2% (2) respondenti uvedli, že jim není umožněno vykonávat činnosti, které jsou v náplni jejich práce.

Kvalitu poskytovaných služeb bezpochyby ovlivňuje stupeň vzdělání zaměstnanců a především zájem o další vzdělávání. Zájem o vzdělávání vyslovilo 70% (89) dotazovaných, nezájem pak 28% (36), k otázce se nevyjádřilo 2% (2) respondenti. Zájem jsme také posoudili z hlediska stupně dosaženého vzdělání, tj. jsme chtěli zjistit, zda-li mají o zvyšování kvalifikace či prohlubování vědomostí zájem spíše zaměstnanci s vyšším či nižším vzděláním. Z tabulky č. 7 je patrné, že největší zájem o vzdělání mají vysokoškolsky vzdělaní zaměstnanci, nejmenší pak zaměstnanci se základním vzděláním.

	základní	středošk. bez maturity	středošk. s maturitou	vyšší odborné	vysoko- školské	neuveďeno	celkem	
	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost	četnost %
ano	4 (40 %)	24 (68 %)	29 (81 %)	9 (82 %)	12 (100%)	11 (48 %)	89	70 %
ne	6 (60 %)	10 (29 %)	7 (19 %)	2 (18 %)	0 (0 %)	11 (48 %)	36	28 %
neuveďeno	0 (0 %)	1 (3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (4 %)	2	2 %
celkem	10 (100 %)	35 (100 %)	36 (100 %)	11 (100 %)	12 (100%)	23 (100 %)	127	100 %

Tabulka č. 7: *Zájem zaměstnanců o vzdělání z hlediska dosaženého stupně vzdělání*

Respondenti, kteří na otázku odpověděli kladně, měli možnost uvést oblast, ve které by se rádi vzdělávali (odpovědělo 39% (35) respondentů). Jak můžeme pozorovat následující výpovědi, škála oblastí je pestrá:

- v sociální oblasti (uvedeno 8x)
- v oblasti psychologie (uvedeno 4x)
- ve své profesi (uvedeno 4x)
- v oblasti výchovy, zájmové činnosti (hudební výchova, výtvarná výchova, tělesná výchova...) (uvedeno 3x)
- v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením (uvedeno 3x)

- v oblasti práce s lidmi s poruchami chování (uvedeno 3x)
- v oblasti práce s lidmi s poruchami autistického spektra (uvedeno 2x)
- v oblasti speciální pedagogiky (uvedeno 2x)
- v oblasti zdravotní
- psychoterapie při práci s klienty s mentálním postižením
- problematika dětí s postižením
- asistenční služba
- sanitární kurz
- semináře dle nabídky
- semináře o problémech na oddělení (respondent má na mysli zřejmě supervizi)

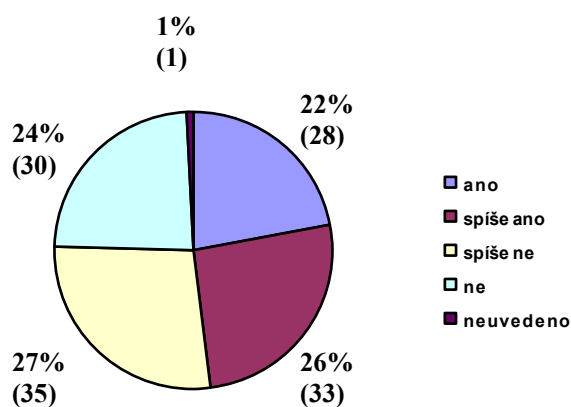
Zájem o vzdělání by měl být samozřejmě podpořen i snahou organizace o zprostředkování možností pro zvyšování kvalifikace. Na otázku, má-li respondent možnost dále se vzdělávat uvedlo 83% (105), že ano, 14% (18) nemá možnost a 3% (4) respondentů odpověď neuvedli. Tuto otázku je možné posoudit i z hlediska toho, kolik respondentů, kteří v předešlé otázce uvedli, že mají zájem o další vzdělávání, uvedlo, zda mají či nemají možnost dále se vzdělávat. Tedy z oněch 89 respondentů 86 (97%) uvedlo, že má možnost dále se vzdělávat, pouze 3 (3%) uvedli, že tuto možnost nemají.

Následující dvě otázky se týkaly ohodnocení zaměstnance (ať již finančního nebo jiného). Každý ze své zkušenosti vypoví, že právě ohodnocení hraje důležitou roli v následném uchopení našeho povolání. Mnohdy je právě „nefinanční“ uznání mnohem významnější pro budoucí kvalitu naší práce. Na otázku, zda je plat respondentů stanoven správně a odpovídá jejich pracovnímu výkonu odpovědělo 17% (21) dotazovaných „ano“, 23% (30) „spíše ano“, 24% (31) spíše ne, 20% (25) „ne“ a 16% (20) nedokáže situaci posoudit. Zde se již nesetkáváme s nadpoloviční většinou pozitivních výpovědí. Tabulka č. 8 nám mimo jiné ukazuje, že nejvíce spokojení (máme na mysli kategorii „ano“) jsou s platem zaměstnanci s vysokoškolským vzděláním, nejméně zaměstnanci se základním stupněm vzdělání.

	základní	středošk. bez maturity	středošk. s maturitou	vyšší odborné	vysoko- školské	neuvedeno	celkem	
	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost	četnost %
ano	1 (10 %)	5 (14 %)	7 (19 %)	2 (18 %)	4 (33 %)	2 (9 %)	21	17 %
spíše ano	0 (0 %)	6 (17 %)	11 (31 %)	4 (37 %)	2 (17 %)	7 (31 %)	30	23 %
spíše ne	2 (20 %)	12 (35 %)	10 (28 %)	3 (27 %)	0 (0 %)	4 (17 %)	31	24 %
ne	5 (50 %)	7 (20 %)	1 (3 %)	2 (18 %)	4 (33 %)	6 (26 %)	25	20 %
nevím, nedokážu posoudit	2 (20 %)	5 (14 %)	7 (19 %)	0 (0 %)	2 (17 %)	4 (17 %)	20	16 %
celkem	10 (100%)	35 (100 %)	36 (100 %)	11 (100 %)	12 (100 %)	23 (100 %)	127	100 %

Tabulka č. 8: Stanovení platu dle pracovního výkonu z hlediska dosaženého stupně vzdělání

Co se týče jiného ohodnocení než finančního (pochvala, úcta, respekt), vypovědělo 22% (28) respondentů, že se jim tohoto typu ohodnocení dostává, 26% (33) spíše ano, 27% (35) spíše ne a 24% (30) dotazovaných se ho nedostává.



Graf č. 9: Přítomnost jiného ohodnocení než finančního (pochvala, respekt apod.)

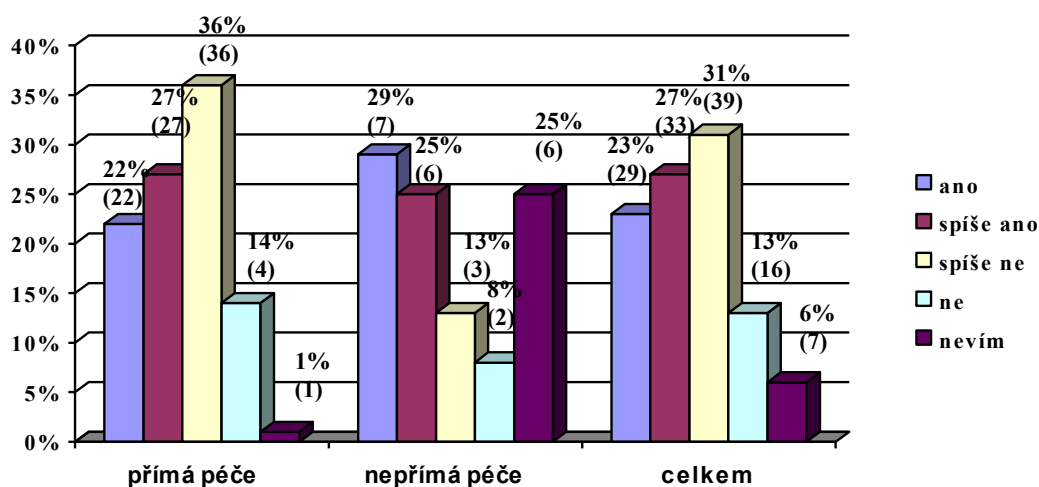
Nyní se dostáváme k hodnocení položek týkajících se provozních podmínek v zařízení a pokusíme se reflektovat postoj k nim ze strany zaměstnanců. První otázka z této oblasti byla zaměřena na spokojenost pracovníků s rozvržením pracovní doby. Převážné většině, tj. 91% (116) respondentů vyhovuje, 9% (11) zaměstnanců (z nichž se 4 (36%)) se vyjádřilo v negativním smyslu a to následovně:

- „Turnusový proces je únavný, chybí kontakt a komunikace s druhou směnou.“ (žena, věk neuveden)
- „Cyklus dvou služeb za sebou je stereotypní a únavný.“ (žena, 46 let)
- „Dvakrát noční směna po sobě je hodně zatěžující.“ (žena, 54 let)
- „Stereotyp.“ (žena, 45 let)

Další otázka se zabývala faktem, je-li počet zaměstnanců na směnách/v provozu dostačující. Celkově odpovědělo 24% (30) „ano“, 26% (33) „spíše ano“, 30% (39) „spíše ne“, 13% (16) „ne“ a 7% (9) „nevím“. V následující tabulce a grafu vidíme, jak je problematika vnímána z pohledu přímé a nepřímé péče. Výpovědní hodnota sice není významná, ale přesto jsme zhodnotili zvláště přímou a nepřímou péči. 3 respondenti své zařazení neuvedli, proto pracujeme při vyhodnocení se vzorkem 124 respondentů.

	přímá péče		nepřímá péče		celkem	
	četnost	četnost v %	četnost	četnost v %	četnost	četnost v %
ano	22	22	7	29	29	23
spíše ano	27	27	6	25	33	27
spíše ne	36	36	3	13	39	31
ne	14	14	2	8	16	13
nevím	1	1	6	25	7	6
celkem	100	100	24	100	124	100

Tabulka č. 9: Dostatek zaměstnanců na směnách/v provozu z pohledu přímé a nepřímé péče



Graf č. 10: Dostatek zaměstnanců na směnách/v provozu z pohledu přímé a nepřímé péče

Celkově jsou s dostatkem personálu více spokojeni zaměstnanci nepřímé péče (ovšem je nutné poznamenat, že oproti přímé péči hojně využili možnosti „nevím“). Také vyvstává otázka, jaký by byl výsledek, kdyby vzorek respondentů z nepřímé péče byl srovnatelný s počtem respondentů v přímé péči. Nejen dostatek personálu, ale i jeho složení je významné v pracovním procesu daného domova/úseku. Vyhovující personální obsazení usnadňuje koordinaci jednotlivých služeb, komunikaci mezi pracovníky, kvalitu poskytované služby. Složení personálu ve vztahu k potřebám domova a jeho uživatelů vyhovuje 53% (68) zaměstnanců, nevyhovuje 20% (25) a variantu „nevím“ zvolilo 27% (34) respondentů. U negativní výpovědi bylo dotazovaným ponecháno místo pro volnou odpověď, které využilo 68% (17) osob z této kategorie. Uvedme konkrétní příklady (pozn. část z nich je ponechána v autentické podobě, část v bodech) a všimněme si, jak si některé výpovědi protirečí (z tohoto důvodu nejsou výpovědi řazeny podle četnosti, ale logicky). Tento fakt je běžný u většiny velkých zařízení, kdy situaci hodnotí každý zaměstnanec ze své pozice, obecné potřeby pracoviště nevnímá::

- *„Špatně rozvržená práce personálu ve všední den a o víkendu.“* (žena, věk neuveden)
- nedostatek zaměstnanců (uvedeno 3x: žena, 52 let; žena, 49 let; žena, 41 let)
- *„Na jednoho zaměstnance připadá mnohdy 7 i více uživatelů.“* (žena, 31 let)
- chybí odborníci na pedagogickou činnost (uvedeno 5x: žena, 45 let; žena, 33 let; žena, 49 let; žena, 54 let; žena, věk neuveden)
- *„‘Výchova‘ je tu k ničemu – jen na vycházky?“* (žena, 45 let)
- *„Nedostatek rehabilitačních pracovníků.“* (žena, 33 let)
- *„Často chybí kompetentní střední zdravotnický personál na službě, který by se staral a zajímal o klienty.“* (žena, 35 let)
- stálý lékařský dohled, nadbytek zdravotnického personálu (uvedeno 2x: žena, 52 let; žena, 32 let)
- *„Více mužů v personálu – s dospělými uživateli (muži) by se mělo více pracovat, sportovat.“* (žena, 35 let)
- *„Na Oranžovém domově a Modrém domově by bylo vhodné posílit služby o muže, podobně i na Červeném domově a Bílém domově, není ošetřena bezpečnost práce. Podotýkám, že zmíněné domovy mají především imobilní uživatele.“* (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)

- „Chybí pracovníci pro intenzivní zařazení uživatelů do skupiny pro domov se zvláštním režimem, toho času se zkouší rozvrh jen v rámci jednoho dne v týdnu.“

(žena, 41 let)

Poskytování kvalitních služeb si za odměnu zaslouží i poskytnutí kvalitní stravy zaměstnancům. Právě s ní je dle tabulky č. 10 spokojeno 72% (92) pracovníků, což je vysoké číslo, nespokojeno je 24% (30) a nevyjádřilo se 4% (5) respondentů.

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
ano	četnost	92
	<i>četnost v %</i>	72
ne	četnost	30
	<i>četnost v %</i>	24
neuveďeno	četnost	5
	<i>četnost v %</i>	4
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	100

Tabulka č. 10: Spokojenost zaměstnanců s podmínkami stravování

U negativní výpovědi byl opět ponechán prostor pro připomínky, možnost využilo 20 respondentů, tedy 67% z kategorie. Nejvíce tedy zaměstnancům nevyhovuje:

- jednotvárný, stereotypní jídelníček (uvedeno 8x)
- jídelníček je málo pestrý na zeleninu (uvedeno 3x)
- nezdravá strava, polotovary, glutamáty (uvedeno 3x)
- univerzální šťávy k masu, příliš mastné - problémy s trávením (uvedeno 3x)
- „V jídelníčku chybí mléčné výrobky.“ (žena, 41 let)
- „Maso je pouze vařené, odporové brambory.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Často je přesoleno, přepeřeno.“ (žena, 41 let)
- „Nevhodná kombinace jídla.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Jídlo je povinné.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „V jídelně asi netuší, co je 10 dkg masa.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)

- „Od té doby, co odešla paní Nastoupilová není jídlo chutné, opakuje se, nechtějí vařit diety, malý výběr.“ (žena, 45 let)
- „Na jídlo musíme přecházet do jiné budovy.“ (žena, 32 let)
- „Bylo by vhodné rozlišit v jídelničce všední dny od víkendů a svátků.“ (žena, 46 let)
- „Není zajištěna strava na 12tíhodinových směnách.“ (žena, 50 let)
- „Přestávka na klidné najedení je jen v poledne, což je při dvanáctihodinové směně nedostatečné a neodpovídá to zásadám zdravé výživy.“ (žena, 54 let)

S kvalitou pracovních podmínek pro zaměstnance souvisí i úroveň hygienického zázemí pracovníků. Zjistili jsme, že je s ní spokojeno 76% (96) dotazovaných, zbývajících 24% (31) nikoli (viz následující tabulka):

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
ano	četnost	96
	<i>četnost v %</i>	76
ne	četnost	31
	<i>četnost v %</i>	24
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	100

Tabulka č. 11: Spokojenost s hygienickým zázemím zaměstnanců

K nedostatkům hygienického zázemí se potom v kategorii „ne“ vyjádřilo 55% (17) respondentů. Opět předložme jejich výpovědi:

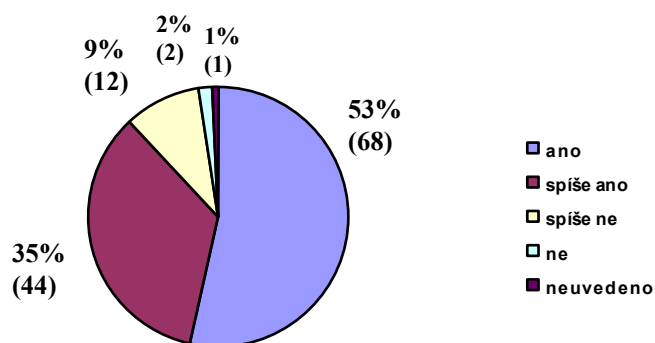
- malý prostor (uvedeno 5x: všichni respondenti pracují v přímé péči)
- na šatně chybí sociální zařízení (uvedeno 3x: muž, 40 let; přímá péče; žena, věk neuveden, nepřímá péče; žena, 50 let, přímá péče)
- šatna je součástí skladu (uvedeno 3x: žena, 41 let; žena, 27 let; žena, 36 let – všechny v přímé péči)
- absence sprchy (uvedeno 2x: muž, 36 let, přímá péče; žena, 45 let, přímá péče)
- „Vše je zastaralé, jen se to látá na oko.“ (žena, 45 let, přímá péče)

- „*Hnusná šatna*“ (žena, 46 let, přímá péče)
- „*Neúctná šatna.*“ (žena, 39 let, přímá péče)
- „*Špatný úklid.*“ (žena, 49 let, přímá péče)
- „*Smrad a plíseň ve sprše, není tu žádný větrák ani okno.*“ (žena, 33 let, přímá péče)
- „*Šatna mimo pracoviště, 1 sprcha pro 10 pracovníc + 8 uklízeček.*“ (žena, věk neuveden, přímá péče)

Těmto výpovědím (více než předchozím) chybí konkrétní určení úseku /domova, kde se nedostatky nachází. Bohužel z důvodu vyšší anonymity jsme tento údaj po respondentech nevyžadovali. Jak je možné vidět, nedostatky v hygienickém zázemí spatřuje pouze 1 respondent z nepřímé péče. Vedení zařízení a hospodářského úseku ale nepochybně ví, kde přesně jsou slabiny tohoto problému lokalizovány.

Poslední dvě otázky adresované na potřeby zaměstnanců se týkají spokojenosti ve stávajícím zaměstnání a faktu, zda-li respondent uvažoval o změně zaměstnání, pokud ano – z jakého důvodu.

Graf č. 11 ukazuje, že více než polovina (53%) zaměstnanců je v zaměstnání plně spokojena, 35% „spíše ano“ a pouze 11% „spíše ne“ nebo „ne“. 1 z respondentů, který se zařadil k výpovědi „ano“ uvádí, že je v práci spokojený jen proto, že ho zaměstnání naplňuje. Zde cítíme poukaz na nesrovnalosti, které ovšem překrývá radost z práce.



Graf č. 11: Spokojenost ve stávajícím zaměstnání

Co se týče úvahy o změně zaměstnání, tak často se jí zabývalo 9% (11) respondentů, občas 48% (61) a nikdy 43% (55). Následující tabulka (č. 12) ukazuje problematiku z hlediska délky praxe v zařízení. Výsledky v jednotlivých skupinách jsou variabilní.

	do 5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	neuve- dono	celkem	
	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost (četnost %)	četnost	četnost (%)
často	1 (2 %)	4 (15 %)	2 (9 %)	1 (10 %)	1 (13 %)	2 (22 %)	11	9 %
občas	22 (43 %)	13 (48 %)	13 (59 %)	4 (40 %)	6 (74 %)	3 (33 %)	61	48 %
nikdy	28 (55 %)	10 (37 %)	7 (32 %)	5 (50 %)	1 (13 %)	4 (45 %)	55	43 %
celkem	51 (100 %)	27 (100 %)	22 (100 %)	10 (100 %)	8 (100 %)	9 (100%)	127	100 %

Tabulka č. 12: Úvaha o změně zaměstnání dle délky praxe v zařízení

Mezi důvody, které vedly k častému uvažování o změně zaměstnání, respondenti řadí (vyjádřilo se 36% (4)):

- „Není uznání pro zaměstnance, jen zakazy.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- „Stresy, donášení, pomlouvání.“ (žena, 45 let)
- „Z důvodu jak se k nám vedení chová.“ (žena, 45 let)
- „Je mi zle z přístupu k uživatelům.“ (žena, věk neuveden)

Na otázku, z jakého důvodu přemýšleli dotazovaní (vyjádřilo se 49% (30)) o změně pracoviště občas, uvádí:

- z finančních důvodů (uvedeno 5x: žena, 41 let; žena, 39 let; žena, věk neuveden; žena, 33 let; kontaktní údaje neuvedeny),
- příliš papírování na úkor přímé péče (uvedeno 4x: žena, 35 let; žena 40 let; žena, věk neuveden; žena, 33 let)
- interpersonální problémy (uvedeno 4x: žena, 33 let; žena, věk neuveden; žena, 40 let, žena, 31let)
- únava, vyčerpání (uvedeno 3x: žena, 46 let; žena 45 let; kontaktní údaje neuvedeny)
- prevence syndromu vyhoření (uvedeno 2x: žena, 27 let; kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- napětí, práce ve stresu (uvedeno 2x: žena, 31 let; žena, 33 let)
- „Psychická zátěž.“ (žena, 32 let)
- „Nátlak nadřízených z jiných oddělení.“ (žena, 31 let)

- „Časová tíseň, termíny.“ (žena, 41 let)
- „Netolerance, nespolupráce, rivalita.“ (žena, 50 let)
- „Beznaděj při spolupráci se zřizovatelem.“ (žena, 47 let)
- „Protěžování vybraných pracovníků.“ (žena, 49 let)
- „Dojíždění.“ (žena, věk neuveden)
- „Změna povolání a prostředí.“ (žena, 51 let)
- „Ze zdravotních důvodů.“ (žena, 53 let)
- „Osobní důvody.“ (žena, 50 let)
- „V důsledku stravování.“ (žena, 50 let)
- „Výměna práce s dospělými lidmi s mentálním postižením za práci s dětmi by potěšila.“ (myšleno asi v rámci zařízení) (žena, 35 let)

Jak můžeme pozorovat, důvodů je celá řada, jsou však srovnatelné s důvody pro změnu zaměstnání na pracovištích obecně.

6.2 Analýza úrovně kvality života obyvatel zařízení

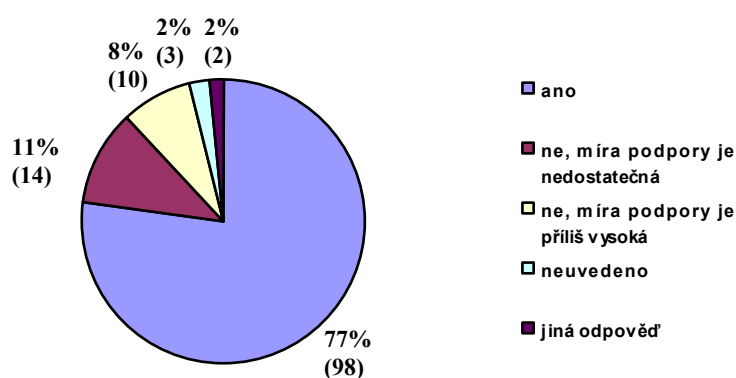
Druhá část dotazníku se zaměřila na pohled zaměstnanců na úroveň kvality života uživatelů služby. Jako jednu z prvních otázek jsme zařadili názor zaměstnanců na jejich vztah k uživatelům, od kterého se samozřejmě kvalita služby odvíjí. Jak ukazuje tabulka č. 13, celých 84 % (104) respondentů hodnotí vztah jako velmi dobrý či dobrý. Vystává otázka, zda někdo položku nevyplnil s ironií, ve smyslu, že jsou uživatelé až příliš přepečováváni. Zhodnotili jsme také zvlášť názor zaměstnanců z přímé a nepřímé péče, i když výpovědní hodnota není z důvodu nepoměru mezi skupinami významná. Možnost, že by byl vztah zaměstnanec versus uživatel velmi špatný nevybral žádný z respondentů. Názorová polarita (velmi dobrý x špatný) je výraznější u dotazovaných z přímé péče, nepřímá péče hodnotí vztahy spíše kladně (ovšem vyšší procento respondentů se nevyjádřilo). 5 respondentů uvedlo, že vztahy jsou domov od domova jiné, vše záleží na konkrétních zaměstnancích a na tom, jak respektují klienta.

	přímá péče		nepřímá péče		celkem	
	četnost	četnost v %	četnost	četnost v %	četnost	četnost v %
velmi dobrý	28	28	4	17	32	26
dobrý	57	57	15	62	72	58
ani dobrý, ani špatný	7	7	2	8	9	7
špatný	7	7	0	0	7	6
velmi špatný	0	0	0	0	0	0
neuveďeno	1	1	3	13	4	3
celkem	100	100	24	100	124	100

Tabulka č. 13: *Vztah zaměstnanců k uživatelům z pohledu přímé a nepřímé péče*

Dále nás zajímalo, jak respondenti nahlíží na míru podpory, která je uživatelům poskytována, resp. je-li přiměřená či ne. Kladně se vyjádřilo 77% (98) respondentů, za nedostatečnou považuje míru podpory 11% (14) dotazovaných a 8% (10) hodnotí podporu jako příliš vysokou. 3 respondenti se k otázce nevyjádřili a 2 uvedli jinou odpověď:

- „Míru podpory nedokážu posoudit, záleží na každém pracovníkovi, jak k uživatelům přistupuje.“ (žena, 33 let)
- „Někdo se tady přepečovává a nepotřebuje to, jiný potřebuje více a nedostává se mu – záleží to hodně na sympatiích k jednotlivým uživatelům.“ (žena, věk neuveden)



Graf č. 12: *Poskytování přiměřené míry podpory uživatelům*

Dodejme ještě, že 1 z respondentů, který se přiklání k odpovědi b), uvádí, že podpora je nedostatečná ve výchovných činnostech, přílišná konkrétně na Žlutém domově (mobilní uživatelé – muži, pozn. autorky).

Nesporně velmi důležitou otázkou ve vztahu k uživatelům je respektování jejich práv v rámci domova. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, vznikla v zařízení skupina tzv. ochranářů, kteří se touto problematikou aktivně zabývají. Pravděpodobně i z tohoto důvodu jsou výsledky šetření uspokojivé (vzhledem k tomu, že je to velmi diskutované a citlivé téma): 67% (86) respondentů si myslí, že jsou práva uživatelů respektována dostatečně, 24% (30) částečně a 9% (11) je názoru, že práva respektována nejsou. Jako důvody, kvůli nimž jsou práva akceptována jen částečně, dotazovaní uvádí (vyjádřilo se 50% (15) respondentů):

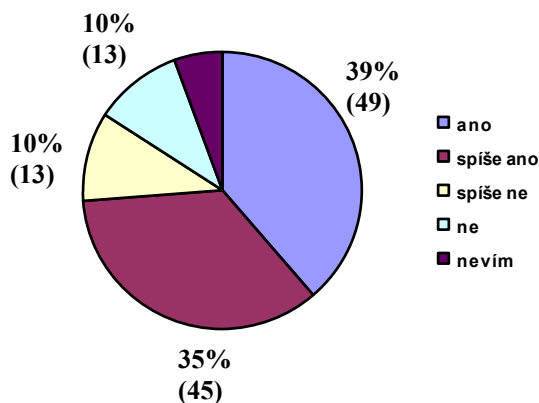
- Chybí možnost volby (uvedeno 2x) (např. „*Nechce se mi ven, ale musím, nechci to jídlo, ale musím ho sníst; nebaví mě infantilní zábava, ale musím to dělat....*“ (žena, věk neuveden))
- „*Zamčené oddělení, nesamostatný pohyb.*“ (žena, 27 let)
- někdy nelze vyhovět (uvedeno 3x) (např. „*Někteří uživatelé chtějí změnu ihned bez ohledu na cokoli – někdy to ze strany zaměstnanců nejde splnit, i když je snaha.*“ (žena, 41 let))
- „*Respektování práv je individuální u každého pracovníka.*“ (žena, věk neuveden)
- „*Musel by se změnit celodenní řád domova.*“ (žena, 40 let)
- „*V takovém počtu nelze práva dostatečně respektovat.*“ (žena, 33 let)
- „*Často se nakupuje bez klienta, neposlouchají se jeho názory.*“ (žena, 45 let)
- „*Hodně se o právech mluví obecně a toto obecné se přenáší pouze na papír, v praxi se s klientem dle jeho práv nejedná.*“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)

Mnoho zaměstnanců velkokapacitních zařízení by se s těmito názory ztotožnilo. Pozastavme se alespoň u výpovědi, kdy není vždy možné ani ne tak práva, jako spíše přání uživatele respektovat. Zejména u lidí s mentálním postižením je občas skutečně těžké vyhovět, jelikož přání bývají neadekvátní jejich schopnostem a možnostem. Zde se potom nabízí prostor pro umění komunikace (ne ovšem záměrné manipulace) a schopnost naslouchání uživateli. Ne každý zaměstnanec tímto však disponuje. S tímto

faktem se ztotožňují i výpovědi 2 respondentů, kteří se vyslovili k možné odpovědi, že práva respektována nejsou:

- „Zaměstnanec má vždycky pravdu.“ (žena, 45 let)
- „Myšlení pracovníků nedovoluje rozvoj, nízká míra individualizace.“ (žena, 47 let)

Dále jsme respondentům položili otázku (mimo jiné navazuje částečně na předešlou týkající se práv uživatelů), zda se ztotožňují s názorem, že uživatelé mají mnoho práv a málo povinností. Problematika byla do dotazníku zařazena záměrně, jelikož ze zkušenosti z předešlého pracovního poměru bylo zaznamenáno, že je to téma diskutované. Jak je patrné z grafu č. 13, téměř $\frac{3}{4}$ respondentů se zcela nebo částečně s názorem ztotožnili. To je číslo skutečně vysoké. Mohli bychom diskutovat o příčinách tohoto faktu, zda-li je důvodem nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele, nedostatečné vedení k samostatnosti (tu mohou omezovat i rigidní legislativní opatření a vnitřní normy), nedostatek výchovných pracovníků, kteří by více individuálně vedli uživatele k postupnému začleňování do širší společnosti, nevěle zaměstnanců „vychovávat“ uživatele k hodnotám – vždyť už tak jsou zpohodlnějí a nikdy se jim nebude chtít dělat apod. V tom případě je s podivem, že u otázky, zda je uživatelům poskytována dostatečná podpora nevedlo více respondentů variantu, že je míra podpory příliš vysoká. Ještě bychom měli uvést, že je velký rozdíl, porovnáváme-li práva a povinnosti u mobilních uživatelů a uživatelů imobilních. Z grafu je však patrné (tedy z množství kladných odpovědí), že respondenti pojali problematiku spíše ve vztahu k mobilním nebo částečně mobilním uživatelům.



Graf č. 13: Ztotožnění se s názorem, že uživatelé mají více práv než povinností

Následující otázky hodnotí kvalitu zdravotní, výchovně-vzdělávací péče, úroveň individuálního plánování služby pro uživatele a také kvalitu bytových podmínek uživatelů. Všechny tyto oblasti mají nemalý vliv na kvalitu života uživatelů v zařízení. Zdravotní péči hodnotí zaměstnanci veskrze pozitivně: 28% (35) jako velmi dobrou, 44% (57) jako dobrou, 20% (25) vybralo odpověď „ani dobrá-ani špatná“. Pouze 3% (4) respondentů označili péči za špatnou, 1% (1) za velmi špatnou a 4% (5) se k otázce nevyjádřilo. Výpovědi 2 respondentů z dotazovaných naznačují, že kvalita zdravotní péče obecně je velmi dobrá, ale péče v zubní ambulanci je naprosto nevyhovující. Pohled zaměstnanců na úroveň výchovně-vzdělávací péče můžeme pozorovat v následující tabulce. Přes 70% dotazovaných ji hodnotí kladně, 17% neutrálně. Oproti zdravotní péči zde můžeme zaznamenat vyšší četnost u výpovědi „špatná“.

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
velmi dobrá	četnost	21
	<i>četnost v %</i>	<i>17</i>
dobrá	četnost	71
	<i>četnost v %</i>	<i>55</i>
ani dobrá, ani špatná	četnost	22
	<i>četnost v %</i>	<i>17</i>
špatná	četnost	10
	<i>četnost v %</i>	<i>8</i>
velmi špatná	četnost	1
	<i>četnost v %</i>	<i>1</i>
neuvedeno	četnost	2
	<i>četnost v %</i>	<i>2</i>
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	<i>100</i>

Tabulka č. 14: *Kvalita výchovně-vzdělávací péče*

S podobným výsledkem šetření vyšlo z průzkumu i hodnocení úrovně individuálního plánování služby, s tím rozdílem, že již není tolika výpověďmi hodnocena jako „velmi dobrá“. 9% (11) respondentů ji považuje za špatnou, 2% (2) dotazovaní za velmi špatnou.

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
velmi dobrá	četnost	9
	<i>četnost v %</i>	7
dobrá	četnost	80
	<i>četnost v %</i>	62
ani dobrá, ani špatná	četnost	18
	<i>četnost v %</i>	14
špatná	četnost	11
	<i>četnost v %</i>	9
velmi špatná	četnost	2
	<i>četnost v %</i>	2
neuvedeno	četnost	7
	<i>četnost v %</i>	6
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	100

Tabulka č. 15: Úroveň individuálního plánování služby pro uživatele

Než přistoupíme k výsledkům hodnocení bytových podmínek uživatelů, je třeba připomenout, že v posledních letech došlo v zařízení k výrazným pozitivním změnám, co se týče této oblasti. Stav je však domov od domova jiný (proto se i výpovědi značně liší) – některé z nich prošly kompletní rekonstrukcí, na jiných došlo například k přepažení pokojů a redukci počtu uživatelů na pokojích atd. Stále však nenahradí rodinné prostředí, v běžné zástavbě, v blízkosti využitelných služeb. Výjimkou je chráněné bydlení pro vybraný počet uživatelů. Změna bytových podmínek části uživatelů se předpokládá především s dokončením transformačního procesu. Současný stav hodnotí 14% (18) dotazovaných jako velmi dobrý, 52% (67) jako dobrý, neutrální postoj zaujímá 17% (21) respondentů, položku „špatný“ vybralo 15% (19) a „velmi špatný“ 2% (2) respondentů.

Předmětem šetření bylo dále zjistit, zda jsou uživatelé dostatečně vedeni k samostatnosti. Právě míra samostatnosti je jakousi vstupní branou do procesu transformace ze strany uživatele. Kladně se k otázce vyjádřilo 17% (21) respondentů, položku „spíše ano“ zvolilo 50% (63), „spíše ne“ 20% (26), „ne“ 6% (8) a vyjádřit se nedokáže 7% (9) dotazovaných. Názor zaměstnanců na tento jev je z větší části pozitivní. 1 z dotazovaných doplňuje otázku připomínkou: „*Nechce se jim prostě nic dělat, tady se o samostatnosti nedá mluvit.*“ Z části má respondent pravdu (u některých uživatelů je opravdu složité vyvinout aktivitu, byť jsou fyzické i duševní síly

dostačující), ale takto negativním přístupem ovlivňuje chod domova a snahu jiných pracovníků.

S problematikou transformace souvisí i následující otázka, zda zařízení podporuje navazování partnerských vztahů uživatelů. Partnerským vtahem nemusíme myslet ihned vztah intimní, ale může jít o přátelství mezi mužem a ženou nebo vztah partnerský, důvěrný, který však nevyžaduje přímo sexuální podtext. Mnoho zaměstnanců si totiž po vztahem dvou lidí s mentálním postižením představí hrozbu v podobě nechtěného těhotenství, zneužití, nutnosti řešit antikoncepci a podobně. Tato neinformovanost většinou svědčí o nepřítomnosti sexuálního protokolu v zařízení a nedostatečné sexuální osvětě a výchově. Téma je velmi citlivé a obsírné, v domově jsem nezaznamenala, že by byla sexuální výchova viditelným způsobem realizována. Nicméně v rámci transformace zařízení (nové prostředí, navazování vztahů, soužití obou pohlaví apod.) by bylo na místě posílit řady personálu o edukátora v oblasti sexuální výchovy. Názor zaměstnanců na možnost navazování partnerských vztahů uživatelů ukazuje tabulka:

	četnost <i>četnost v %</i>	celkem
ano	četnost	35
	<i>četnost v %</i>	28
spíše ano	četnost	36
	<i>četnost v %</i>	28
spíše ne	četnost	18
	<i>četnost v %</i>	14
ne	četnost	11
	<i>četnost v %</i>	9
nevím, nedokážu posoudit	četnost	27
	<i>četnost v %</i>	21
celkem	četnost	127
	<i>četnost v %</i>	100

Tabulka č. 16: *Dostatečná míra podpory partnerských vztahů uživatelů*

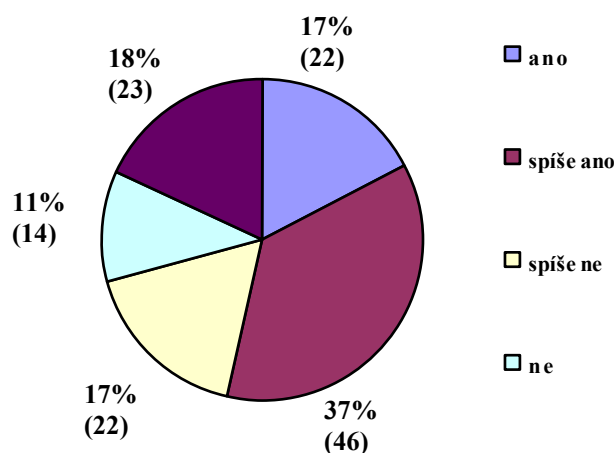
Spíše kladně se celkem vyjádřilo 56% respondentů, spíše záporně 25% dotazovaných. Všimněme si, že od této otázky dále se respondenti začínají v možnosti „nevím, nedokážu posoudit“ čím dál více vyjadřovat. Nejprve bylo zjišťováno, zda tak vysoký počet tvoří zaměstnanci z nepřímé péče, kteří se k tématu nedovedou vyjádřit, jelikož

jim není blízké. 77% odpovědí v této kategorii však tvoří zaměstnanci z přímé péče. Otázkou zůstává, zda-li se k problematice opravdu neumí vyjádřit, nebo poslední položky celkem obsáhlého dotazníku již byly vnímány jako vyčerpávající.

S kvalitou životních podmínek uživatelů významně souvisí i otázka, která zjišťuje, zda zařízení poskytuje dostatek možností pro pracovní uplatnění uživatelů. 16% (20) respondentů se domnívá, že ano, 33% (41) spíše ano, 22% (28) spíše ne, 9% (12) ne a 20% (26) nedokáže otázku posoudit. Možnost pracovního uplatnění je pro lidi s mentálním postižením velmi významná, dává jim zakusit skutečný život, navazují vztahy v sociální síti, cítí se užiteční, zvyšuje se jim sebevědomí. V rámci procesu transformace je nezbytné už nyní motivovat uživatele k rozvíjení jejich dovedností, nejen pracovních, ale i komunikačních, sociálních.

Dostatkem možností a podpory k využití volného času se zabývala další otázka. Nabídka aktivit a akcí zařízení je poměrně pestrá, tomu odpovídají i převážně kladné výsledky: 33% (42) respondentů na otázku odpovědělo ano, 34% (43) spíše ano, 14 % (18) spíše ne, 6% (7) ne a 13% (17) otázku nedokázalo zhodnotit.

Právo volby uživatelů a podávání stížností jsou oblasti, které se staly dalším bodem průzkumu. Graf č. 14 vypovídá o pohledu zaměstnanců na možnosti uživatelů rozhodovat o životě v patřičné míře (s ohledem na stupeň postižení). Jak je patrné více než polovina dotazovaných odpověděla spíše kladně, 28% respondentů se přiklání k negativnímu nebo spíše negativnímu hodnocení, 18% respondentů se nevyjádřilo. Je zřejmé, že větší právo rozhodovat o svém životě budou mít uživatelé s lehčím stupněm postižení. Na zaměstnancích potom leží těžký úkol najít takové mechanismy, které alespoň částečně poskytnou právo volby i uživatelům s těžším stupněm postižení. Výpovědi v položce týkající se rozhodování uživatelů mohou být diskutabilní, jelikož ne každý zaměstnanec si pod termínem právo volby představuje to samé. Je rozdíl vidět právo volby v možnosti vybrat si druh kávy (i když i to je pro některé uživatele velký krok vřed, vzpomeňme na uniformní jednání za totalitního režimu) nebo možnost navázat vztah s partnerem opačného pohlaví.



Graf č. 14: Možnost uživatelů rozhodovat o svém životě

S možností rozhodovat o svém životě také souvisí podávání stížností uživatelů, ve kterých mohou přímo nebo anonymní cestou vyjádřit svůj nesouhlas s jednáním, zaměstnanců, spolubydlicích, s nedostatky v rámci poskytované služby a podobně. O faktu, zda jsou stížnosti uživatelů dostatečně akceptovány, odpovědělo 36% (46) respondentů, že ano, 33%(42) spíše ano, 9% (11)spíše ne a 5% (7) ne. Situaci nedokázalo posoudit 17% (22) dotazovaných. Jak vidíme, výsledky se opět ubírají kladným směrem.

Předposlední vyhodnocená otázka se respondentů ptala na to, jestli jsou uživatelé, kterých se transformace týká, alespoň částečně ztotožnění s tímto procesem. 23%(29) zastává výpověď „ano“, 34%(44) „spíše ano“, 20% (25) „spíše ne“, 7% (9) „nevím“ a 15% (19) osob situaci neposoudilo. 1 z respondentů se vyjadřuje, že: „Oni totiž nechápou, jaká pozitiva i negativa (myslím tím hlavně povinnosti) jim transformace přinese.“ Je třeba dát této výpovědi za pravdu, neboť i sebelepší příprava na transformaci v improvizovaných podmínkách může v konečné fázi selhat.

Na úplný závěr té části dotazníku, která se týkala úrovně kvality života uživatelů, jsme položili respondentům otevřenou otázku. V ní se měli vlastními slovy vyjádřit co považují za důležité změnit ve prospěch uživatelů. Tuto možnost využilo 35% (45) respondentů, všichni z přímé péče. Zde je výčet některých z jejich návrhů, které můžeme rozdělit do následujících podskupin:

- **zkvalitnění zdravotnické péče a rozšíření výchovně - vzdělávacích aktivit**
 - více aktivit (uvedeno 2x: žena, 50 let; žena, 30 let)
 - „Lékařská péče – chybí izolace nemocný/zdravý.“ (žena, 32 let)
 - „Více pedagogických pracovníků.“ (žena, 45 let)

- **vedení uživatelů k samostatnosti**
 - větší podpora samostatnosti (uvedeno 3x: žena 53 let; žena, 30 let; žena, 48 let)
 - „*Dříve je učit samostatnosti, když mají jít do ‚domečků‘.*“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
 - „*Více uživatele zapojovat do každodenních domácích povinností.*“ (žena, 50 let)
 - „*Konečně je vést k samostatnosti.*“ (žena, 45 let)
- **změna přístupu zaměstnanců**
 - změna personálu - nedostatečné vzdělání (uvedeno 3x: žena, 33 let; žena, věk neuveden; žena, 27 let)
 - „*Myšlení a chování personálu, jejich profesionalita.*“ (žena, 47 let)
 - „*Zlepšit předávání informací o uživatelích mezi pracovníky.*“ (žena, 33 let)
 - „*Navyšlení počtu pracovníků pro individuální přístup ke klientům.*“ (žena, 35 let)
- **přizpůsobení provozních záležitostí potřebám uživatelů**
 - menší ložnice – po dvou klientech (uvedeno 2x: žena, 27 let; žena, 46 let)
 - „*Především méně klientů na domově.*“ (žena, 51 let)
 - „*Počet uživatelů ve skupinách jako v běžné rodině.*“ (žena, 41 let)
 - „*Lepší vybavenost některých pokojů.*“ (žena, 35 let)
 - „*Nevnucovat klientům v rámci bydlení opačné pohlaví.*“ (žena, 40 let)
 - „*Více vycházek do přírody.*“ (žena, 50 let)
 - „*Lepší přístup na zahradu, z terasy je výhled na zed’.*“ (žena, 33 let)
 - „*Využití prostor zahrady – posezení, okrasné stromy, keře, prostor pro opékání.*“ (žena, 31 let)
- **respektování možnosti volby, volného pohybu**
 - „*Možnost volby, lepší využití volného času, dát jim pocit domova – zbourat ústavní bariéry, možnost žít s kým chci (personálem i klientem), trávit čas jak chci.*“ (žena, 54 let)
 - „*Zabezpečit možnost volného pohybu v prostorách zařízení (ploty, brány).*“ (žena, 40 let)

- „Možnost volby – tj. nejen ji uživatelům poskytnout, ale v mnoha případech je především na tuto možnost soustavně připravovat a ,trénovat‘.“ (muž, 36 let)
- „Na některých domovech větší samostatnost, volnost – tam, kde je to možné.“ (kontaktní údaje respondenta neuvedeny)
- **rozšíření možností pracovního uplatnění uživatelů**
 - „Zajistit více zaměstnání (terapií).“ (žena, věk neuveden)
 - „Více povinností! Práce!“ (žena, 49 let)
 - „Zajistit možnost využití chatrného potenciálu klientů v běžném pracovním procesu.“ (žena, 35 let)
 - „Zvýšit motivaci k práci. Žádnou nemají, mají jen samé představy a práce se štítí.“ (žena, 33 let)
 - „Více pracovních příležitostí pro klienty.“ (žena, 40 let)
- **ostatní**
 - „Vše – počty, bydlení, méně organizování.“ (žena, 50 let)
 - „Myslím, že klienti se tu cítí jako doma.“ (žena, 42 let)
 - „Nevím, nic až tak důležitého mě nenapadá, mám pocit, že se mají dobře.“ (žena, 51 let)
 - „Myslím, že ve prospěch uživatelů se dělá maximum.“ (žena, 31 let)
 - „Je zapotřebí kvalita, fundovaná podpora včetně kontrol, pevný rámec.“ (muž, 61 let)
 - „Požadavky přiměřené věku a nejenom postižení, respektovat jejich rozhodnutí a nejen plnit kvótu – aby byl pokoj. Standardy se pořád dodržují učebnicově (pokud se dodržují), tj. na všechny stejně, ne individuálně.“ (žena, věk neuveden)
 - „Zvládnout transformační proces bez ztráty kytičky, abychom se za nic nemuseli stydět a všichni aby věřili, že kvalita života klienta bude na dostatečné úrovni.“ (žena, 35 let)
 - „Chce to láskyplnější přístup, věřit jim.“ (muž, 37 let)

Připomínek adresovaných na zvýšení úrovně kvality života uživatelů je poměrně mnoho. Všimněme si, že část z nich je však totožná s výčtem pozitiv, která zaměstnanci zaznamenali v posledních dvou letech od vyplňování posledních dotazníků. Zdá se tedy, jako by si výpovědi odporovaly. Příčinou může být fakt, že se mnohé v zařízení

zlepšilo, ale změna není dostatečná, tudíž je třeba na řešení problémů dále pracovat. Respondenti se vyjadřovali jak k nedostatkům zdravotnické a výchovně-vzdělávací péče, ke stále nízké míře podpory samostatnosti uživatelů, k nevhodnému přístupu zaměstnanců k uživatelům, k nedostatkům v informovanosti mezi pracovníky, tak i k úskalím v provozních záležitostech domova, v pracovním uplatnění uživatelů či k otázce volby a volného pohybu. Stranou nezůstala ani zmínka o procesu transformace. Poměrně zajímavý je postoj jednoho z respondentů, který zdůrazňuje, abychom uživatelům věřili. Právě důvěra v jejich schopnosti bývá ze strany zaměstnanců někdy mizivá.

6.3 Shrnutí výsledků

Pokud bychom měli zhodnotit výsledky průzkumu, vychází z něj zařízení při naplňování svých cílů a poslání z pohledu zaměstnanců víceméně pozitivně. V první i druhé části dotazníku převažovaly kladné nebo spíše kladné výpovědi, v mnoha položkách byl výsledek záporných výpovědí celkem zanedbatelný. U některých otázek se větší procento respondentů vyjadřovalo pomocí výpovědi „nevím“.

Témata, která dotazník obsáhl, jsou velice různorodá. Tento fakt vypovídá o množství komplikací a problémů, které mohou při poskytování služby (navíc ve velkokapacitním zařízení) vzniknout. V první polovině dotazníku nacházíme respondenty, kteří nejsou dostatečně informovaní o probíhajících změnách, mají z procesu transformace obavy, nemohou prosadit svůj názor, nejsou spokojeni s platovými podmínkami, stravováním či hygienickým zázemím. Jejich především otevřené výpovědi budou nepochybně podnětem pro další možná řešení situace ze strany vedení zařízení ve prospěch zaměstnanců. Druhá polovina šetření, zabývající se pohledem zaměstnanců na úroveň kvality života uživatelů, přinese podněty také, ovšem je nutné si uvědomit, že jsou to „pouze“ názory zaměstnanců, i když cenné pro vyšší míru objektivity. Přinejmenším ale stejně tak důležité by bylo zjistit, jak se na úroveň kvality svého života dívají samotní uživatelé. Průzkum mezi uživateli již v zařízení probíhal, ale s odstupem dvou let se mohlo mnohé změnit. Otázky k zamyšlení navozují časté zmínky o nízké podpoře samostatnosti uživatelů, nedostatku volného pohybu, o nevyhovujících bytových podmínkách, o nedostatku pracovních příležitostí, také o nevhodném přístupu nebo výběru zaměstnanců apod.

Závěr

Diplomová práce, jejíž téma se týká kvality života v zařízeních sociálních služeb, hlouběji přiblížila danou problematiku. Zaměřila se jak na kvalitu životní úrovně uživatelů služby, tak na pracovní podmínky zaměstnanců zařízení.

V teoretické části práce jsme pojednali o problematice z odborného hlediska, tak jak ji prezentují autoři, kteří se touto oblastí zabývají. Cílem bylo vymezit pojem kvality života z různých úhlů pohledu, dále vymezit zařízení sociálních služeb dle platné legislativy, taktéž sociální práci s jejími úskalími a potřebami a v neposlední řadě zmínit problematiku osob s mentálním postižením v kontextu kvality života. Je důležité proniknout do oblasti z odborného hlediska, jen tak nebude náš pohled na téma zkreslený.

Stěžejním bodem empirické části se stal průzkum v domově pro osoby se zdravotním postižením, který zmapoval postoj zaměstnanců ke schopnosti zařízení naplnit své poslání a cíle. Potěšujícím faktem bylo, že se šetření zúčastnil tak vysoký počet respondentů (67 %). Je z toho patrné, že pracovníci mají zájem na evaluaci zařízení a nepovažují průzkum jen za „další kontrolu“. Obecně lze konstatovat, že výsledky průzkumu, který probíhal formou dotazníkového šetření, se jeví spíše jako pozitivní. Například výrazně kladné výsledky (104, 82%) jsme zaznamenali při hodnocení spolupráce s kolegy na domově či úseku. Zaměstnanci zařízení mají též poměrně velký zájem o další vzdělávání (89,70%) a co se týče celkové spokojenosti ve stávajícím zaměstnání, většina respondentů uvedla kladnou nebo spíše kladnou odpověď (dohromady 112, 88%). Méně zaměstnanců je již spokojeno s výší finančního ohodnocení, stravovacími či hygienickými podmínkami, část pracovníků (41, 33%) nemá možnost dostatečně prosadit své názory na pracovišti. V části dotazníku zaměřené na kvalitu života uživatelů služby je možno poukázat na fakt, že většina respondentů (94, 74 %) se shoduje v tvrzení, že uživatelé mají více práv než povinností. Dále můžeme zaznamenat připomínky k nedostatečnému vedení uživatelů k samostatnosti (34, 26 %), k nízké míře individuální podpory, nedostatku pracovních příležitostí (40, 31%) apod. Mnoho podnětů pro případné změny jsme získali také z volných výpovědí dotazovaných.

Přínosem do budoucna by mohlo být častější využití supervize v pracovních týmech (jen 22, 17 % dotazovaných uvedlo, že se se supervizí setkalo před méně než půl rokem). Kolegiální vztahy se sice jeví jako dobré, ale někteří zaměstnanci, jak již

bylo zmíněno, mají problém s prosazením svého názoru a individualizace podpory a péče o uživatele by si zřejmě také zasloužila více týmové práce (v některých případech). Zvýšení individuální podpory a informovanosti o klientovi by mohlo vést ke zvýšení míry jeho soběstačnosti.

Diplomová práce nemůže obsáhnout komplexně celou problematiku týkající se kvality života v ústavních podmínkách. Téma bylo pojato opravdu velmi široce, ve vztahu k zaměstnancům i uživatelům. Je potřeba říci, že průzkum proběhl jen v jednom z mnoha velkokapacitních zařízení. Je možné, že jemu podobná pracoviště (a zároveň domovy uživatelů) řeší podobné problémy, na jaké tento průzkum poukázal. Jako jeden z možných kroků do budoucna by bylo vhodné zmapovat postoj uživatelů (jedná se o 70-75 uživatelů služby) nejen ke kvalitě poskytované služby a životních podmínek tak jak je oni sami cítí, ale zaměřit se v průzkumu i na pocity z probíhajících změn, tj. změn transformačních. Zjistit jejich subjektivní pocity připravenosti, obavy, očekávaná pozitiva, volbu spolubydlících, partnera, se kterými by rádi sdíleli nový domov. Vzhledem k postižení (mentálnímu) zřejmě není u všech uživatelů snadné přání zjistit, nebo mohou být neadekvátní. Průzkum z roku 2008 byl zaměřen na otázky kvality života, ovšem chyběla v něm problematika transformace. Je jisté, že podobné otázky jsou uživatelům kladeny, ale jednotlivě, čili chybí zpracovaná statistika, která by jistě přispěla i k lepší informovanosti zaměstnanců. Doufejme, že se proces přeměny zařízení bude ubírat správnou cestou a přinese nesporně více pozitiv než negativ nejen uživatelům, ale i zaměstnancům.

Seznam literatury a pramenů

Literatura

1. BĀRTLOVÁ, E. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: FSE UJEP, 2007. ISBN 978-80-7044-952-3.
2. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha : Karolinum, 1. vyd., 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. ČERNÁ, M., NOVOTNÝ, J., ZEMKOVÁ, J. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982.
4. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec na Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
5. CHÁB, M. *Svět bez ústavů* [vybraly, uspořádaly a poznámkami opatřily Rela Chábová a Milena Johnová]. Praha : QUIP - Společnost pro změnu, 2004. 83 s. ISBN 80-239-4772-9.
6. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu : základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada, 1. vyd., 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
7. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 1. vyd., 2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
8. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I.: *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ, 2003.
9. KOLEKTIV AUTORŮ. *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1. vyd., 2007. 76 s. ISBN 978-80-244-1799-8.
10. KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 1. vyd., 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7.
11. KREJČÍŘOVÁ, O. *Kvalita života lidí s mentálním postižením*. Pedagogická fakulta UP, Olomouc.(Materiál z přednášky 2009).
12. *Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením*. Metodická příručka. Praha: MPSV, 2. vyd., 2003. 80 s. ISBN 80-86552-76-4.
13. KVĚTENSKÁ, D. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Hradec Králové : Gaudeamus, 1. vyd., 2007. 109 s. ISBN 978-80-7041-860-4.
14. LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vyd., 2008. 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.

15. LIŠKOVÁ, K. 2006. *Výchova k partnerství a sexuální výchova osob s mentálním postižením v ústavu sociální péče*. Závěrečná práce. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého.
16. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
17. MATOUŠEK, O. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha : Portál, 1. vyd., 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
18. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, 2., rozš. a přeprac. VYD., 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
19. MICHALÍK, J. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: NRZP, 2007. ISBN 80-903657-2-8.
20. MÜLLER, O. *Psychopedie – Andragogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 1. vyd., 2006. 49 s. ISBN 80-244-1204-7.
21. MIKŠÍK, O. *Psychologické teorie osobnosti*. Praha : Karolinum, 1. vyd., 1999. 213 s. ISBN 80-7184-926-X.
22. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7154-657-0.
23. SALAJKA, F. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 146 s. ISBN 80-247-1306-3.
24. SLOVÁČEK, L. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Vojenské zdravotnické listy, roč. LXXIII, 2004, č. 1.
25. URBANOVSKÁ, E. *Sociální a pedagogická psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1. vyd., 2006. ISBN 80-244-1410-4.
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978- 80-7367-414-4.
27. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 1. vyd., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
28. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie : teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 1. vyd., 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
29. VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. Ostrava : Ostravská univerzita, 1. vyd., 1999. 84 s. ISBN 80-7042-546-6.
30. VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha : Grada Publishing, 2., aktualiz. vyd., 2003. 262 s. ISBN 80-247-0253-3.

31. Výroční zpráva Vincentina, poskytovatele sociálních služeb, p.o. (2008, 2009)

Legislativa

32. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

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

34. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

35. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Webové zdroje

36. DOUBEK, P. *Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře*. [cit. 12. února 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>>.

37. DUCHOVNÍ ROZCESTNÍK. *Maslow – hierarchie potřeb*. [cit. 15. února 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.rozcestnik.org/psychologie/potreby.htm>>.

38. DVOŘÁK, J. *Poskytování podpory člověku s (mentálním) postižením ve smyslu zvyšování kvality života. Možnosti doplnění vzdělání pro lidi s mentálním postižením v ČR, 2006*. [cit. 1. dubna 2010]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.jakubdvorak.cz/qol.html>>.

39. *Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků*. [cit. 25. listopadu 2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Eticky%20kodex%20SSPCR.pdf>>.

40. FEJFAROVÁ, R. *Prevence syndromu vyhoření*. [cit. 22. února 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.duseatelo.cz/cz/redakce/odkazy-clanky-a-literatura/prevence-syndromu-vyhoreni/r32>>.

41. HABARTOVÁ, P. 2009. *Chráněné bydlení a jeho vliv na kvalitu života klientů*. Diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity. [cit. 10. listopadu 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://is.muni.cz/th/16884/pedf_m/>.

42. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby*. [cit. 16. února 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/9#zkss>>.
43. QUIP – SPOLEČNOST PRO ZMĚNU. *Cena Milana Chába*. [cit. 3. února 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/cena-milana-chaba.html>>.
44. SEIFERT, M. *Lebensqualität von Menschen mit schweren Behinderungen Forschungsmethodischer Zugang und Forschungsergebnisse*. Zeitschrift für Inklusion (02/2006). [cit. 19. prosince 2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://bidok.uibk.ac.at/library/inkl-02-06-seifert-lebensqualitaet.html>>.
45. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *O nás*. [cit. 12. prosince 2009] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.socialnipracovnici.cz/index.php?section=kdojsme&lang=cz>>.
46. *The Quality of Life Model*, University Toronto. [cit. 21. prosince 2009]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>> .
47. TRNKOVÁ, P. 2006. *Kvalita života speciálního pedagoga*. Diplomová práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy Univerzity. [cit. 10. listopadu 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?furl=%2Fth%2F153044%2Fpdf_m%2F;info=>>
48. ÚSP JINOŠOV. *Transformace*. [cit. 5. ledna 2010] Dostupné na World Wide Web: <<http://www.uspjinosov.cz/Transformace.html>>.
49. VANČURA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „lidé s mentálním postižením“*. Brno, 2007. [cit. 12. prosince 2009] Dostupné na World Wide Web: <www2.brno.cz/download/osp/1197449433.doc>.
50. VAŠÍČKOVÁ, P. 2008. *Syndrom vyhoření a osobnostní charakteristiky dle Junga u sociálních pracovníků*. Bakalářská práce. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy Univerzity. [cit. 22. prosince 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://is.muni.cz/th/181737/fss_b/>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: <i>Model kvality života, Univerzita v Torontu</i>	15
Tabulka č. 2: <i>Věk respondentů</i>	55
Tabulka č. 3: <i>Délka praxe v zařízení</i>	57
Tabulka č. 4: <i>Hodnocení spolupráce s kolegy na domově/úseku</i>	69
Tabulka č. 5: <i>Hodnocení spolupráce s kolegy z jiných domovů/úseků</i>	70
Tabulka č. 6: <i>Názor zaměstnanců na přínos supervize</i>	72
Tabulka č. 7: <i>Zájem zaměstnanců o vzdělání z hlediska dosaženého stupně vzdělání</i> ..	73
Tabulka č. 8: <i>Stanovení platu dle pracovního výkonu z hlediska dosaženého stupně vzdělání</i>	75
Tabulka č. 9: <i>Dostatek zaměstnanců na směnách/v provozu z pohledu přímé a nepřímé péče</i>	76
Tabulka č. 10: <i>Spokojenost zaměstnanců s podmínkami stravování</i>	78
Tabulka č. 11: <i>Spokojenost s hygienickým zázemím zaměstnanců</i>	79
Tabulka č. 12: <i>Úvaha o změně zaměstnání dle délky praxe v zařízení</i>	81
Tabulka č. 13: <i>Vztah zaměstnanců k uživatelům z pohledu přímé a nepřímé péče</i>	83
Tabulka č. 14: <i>Kvalita výchovně-vzdělávací péče</i>	86
Tabulka č. 15: <i>Úroveň individuálního plánování služby pro uživatele</i>	87
Tabulka č. 16: <i>Dostatečná míra podpory partnerských vztahů uživatelů</i>	88

Seznam grafů

Graf č. 1: Schématické znázornění Maslowovy hierarchie potřeb.....	14
Graf č. 2: Pohlaví respondentů.....	55
Graf č. 3: Práce s uživateli v přímé péči.....	56
Graf č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	56
Graf č. 5: Délka praxe v zařízení.....	58
Graf č. 6: Informovanost zaměstnanců o cílech a posláních zařízení a o jednotlivých krocích v procesu transformace.....	67
Graf č. 7: Možnost prosazení názoru zaměstnance na pracovišti.....	71
Graf č. 8: Setkání se supervizí v rámci pracovního procesu.....	71
Graf č. 9: Přítomnost jiného ohodnocení než finančního (pochvala, respekt apod.)...	75
Graf č. 10: Dostatek zaměstnanců na směnách/v provozu z pohledu přímé a nepřímé péče.....	76
Graf č. 11: Spokojenost ve stávajícím zaměstnání.....	80
Graf č. 12: Poskytování přiměřené míry podpory uživatelům.....	83
Graf č. 13: Ztotožnění se s názorem, že uživatelé mají více práv než povinností.....	85
Graf č. 14: Možnost uživatelů rozhodovat o svém životě.....	90

PŘÍLOHY

Příloha č. I: The Quality of Life Model (Centre for Health Promotion, University Toronto)

Příloha č. II: Popis totalitní ústavní péče o lidi s mentálním postižením dle Milana Chába

Příloha č. III: Dotazník pro zaměstnance Vincentina – poskytovatele sociálních služeb Šternberk, p.o.

Příloha č. IV: Statistické vyhodnocení dotazníku

Příloha č. V: Organizační schéma pracovníků Vincentina, poskytovatele sociálních služeb, p.o.

Příloha č. I : The Quality of Life Model (Centre for Health Promotion, University Toronto)

<i>being</i>	<i>who one is</i>
Physical Being	<ul style="list-style-type: none"> • physical health • personal hygiene • nutrition • exercise • grooming and clothing • general physical appearance
Psychological Being	<ul style="list-style-type: none"> • psychological health and adjustment • cognitions • feelings • self-esteem, self-concept and self-control
Spiritual Being	<ul style="list-style-type: none"> • personal values • personal standards of conduct • spiritual beliefs
<i>belonging</i>	<i>connections with one's environments</i>
Physical Belonging	<ul style="list-style-type: none"> • home • workplace/school • neighbourhood • community
Social Belonging	<ul style="list-style-type: none"> • intimate others • family • friends • co-workers • neighbourhood and community
Community Belonging	<ul style="list-style-type: none"> • adequate income • health and social services • employment • educational programs • recreational programs • community events and activities
<i>becoming</i>	<i>achieving personal goals, hopes, and aspirations</i>
Practical Becoming	<ul style="list-style-type: none"> • domestic activities • paid work • school or volunteer activities • seeing to health or social needs
Leisure Becoming	<ul style="list-style-type: none"> • activities that promote relaxation and stress reduction
Growth Becoming	<ul style="list-style-type: none"> • activities that promote the maintenance or improvement of knowledge and skills • adapting to change.

Příloha č. II : Popis totalitní ústavní péče o lidi s mentálním postižením dle Milana Chába

! *Upozornění* - popis je subjektivně zabarvený. V žádném případě není v práci zařazen z důvodu znehodnocení práce v podobných zařízeních za totalitního režimu.

„Ústav je místo, kam vás někdo odložil, jste-li obyvatelem či svěřencem ústavu, většinou na základě naprosto nejasné diagnózy, s odůvodněním, že právě tam se vám dostane toho speciálního, co vaše nejasně vymezené postižení vyžaduje. Okamžitě po nástupu ztratíte soukromí, získáte stigma neschopného člověka, pro kterého není návratu a který se od této chvíle bude už jen zhoršovat. V uzavřeném světě ústavu se vám nedostane žádných speciálních služeb, zdravotní péče se dostane z úrovně lékařské na úroveň velkosesterskou, budete-li patřit k těm tzv. lepším a budete-li vzdělávání, pak v jakési náhražce školy, které se zaručeně bude říkat „školička“, budete-li potřebovat fyzioterapii, možná ústav bude provozovat nějaký čas rehabilitaci, ale nejspíš na ni nebude mít peníze a rehabilitační sestra půjde sloužit na oddělení a do města na fyzioterapii nemůžete, protože váš zámek je umístěn v nějaké díře a VZP není ochotna platit fyzioterapii svěřencům ústavu. Nebudete-li mezi „těmi lepšími“, budete patřit mezi „idioty“ a „ležáky“. Ubytování budete ve starém zámku v ložnici, kde bude 5, 10 nebo 15 dalších obyvatel a svěřenců stejného pohlaví. Vaše skříň bude mít petlici se zámkem, klíč bude mít sestra. K jídlu budete přivedeni, nebudete moci si vybrat jídlo, jíst budete pravděpodobně hliníkovou lžící z hlubokého talíře nebo z misky z umělé hmoty. Budete léčení prášky, které vrchní sestře ochotně podepíše doktor, kterého málokdy uvidíte. Budete mít určený čas k vyměšování a na gramofonu budete sedět třeba dvě hodiny. Protože budete mít pravděpodobně potíže s komunikací, nebude se s vámi nikdo bavit, budete dospělí, ale zacházet budou s vámi jako s nechtěnými dětmi, za bonbóny půjdete rádi sklídit údržbářům fůru uhlí a za slabé kafe vymáchat pleny do prádelny. Když budete povolní a snaživí, stane se z vás časem kápo, když se budete vzpouzet, budete agresivní, dostanete kazajku, klec a prášky. V sedmi letech budete zbaveni povinnosti školní docházky, v patnácti vám nikdo nevyřídí občanku, v osmnácti vás soudce, který vás nikdy neviděl, ochotně a rychle zbaví způsobilosti k právním úkonům a rozsudek vám nedoručí, protože byste to nepochopili; vojenská správa doručí ústavu vaši modrou knížku, aniž byste museli stát nazí před odvodní komisí. Pracovní smlouvu s vámi nikdo nebude chtít uzavřít, protože nemáte

žádnou kvalifikaci a jste „nesvéprávní“. Ve velkém světě, po kterém přestanete toužit až po mnoha letech, se budete cítit bezradní a ztraceni atd. “ (2004, s. 46)

Příloha č. III: Dotazník pro zaměstnance Vincentina – poskytovatele sociálních služeb Šternberk, p.o.

Součástí diplomové práce na téma: „Postoj zaměstnanců zařízení sociálních služeb k úrovni kvality života osob s mentálním postižením a ke schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců“

Autor dotazníku: Bc. Klára Lišková

Úvodní slovo

Vážení zaměstnanci,
dovoluji si Vám předložit dotazník týkající se kvality služeb poskytovaných zařízením, ve kterém pracujete – a to jak ve vztahu k zaměstnancům, tak i uživatelům služeb. Data získaná dotazníkem poslouží k vypracování diplomové práce, **zároveň budou výsledky předány vedení Vašeho zařízení. Dotazník je určen pro všechny zaměstnance zařízení.**

Prosím i ty zaměstnance, kteří nepracují s uživateli v přímé péči, aby laskavě vyplnili i druhou část dotazníku, který se týká kvality života uživatelů. I Váš názor může ovlivnit vyhodnocení, možná právě proto, že není tolik zatížený intenzivním kontaktem s uživateli.

Instrukce k vyplnění dotazníku

- Jednotlivé odpovědi, prosím, **zakroužkujte, případně podtrhněte.**
- U některých odpovědí je v závorce ponecháno **místo pro volné vyjádření**, budu ráda, když této možnosti využijete.
- Vyplněný dotazník **vložte do obálky a zalepte z důvodu zvýšení anonymity.**
- Dotazníky odevzdejte **do 17. 3. 2010** vedoucímu domova či úseku **NEBO do poštovní schránky na budově u vrat na Sadové a na pracovišti Bezručova do schránky na stížnosti.**

Děkuji za čas, který nad vyplněním dotazníku strávíte!

S pozdravem Klára Lišková

ČÁST DOTAZNÍKU ZAMĚŘENÁ NA SPOKOJENOST A POTŘEBY ZAMĚSTNANCŮ
ZAŘÍZENÍ

1 . Zaznamenal(a) jste pozitivní změny v rámci zařízení v době, která uplynula od posledního vyplnění dotazníků (rok 2008) zaměřených na potřeby zaměstnanců nebo kvalitu života uživatelů?

- a) ano...(jaké:.....)
.....)
b) ne...(.....)
c) nevím

2 . Jste dobře informován(a) o cílech a posláních zařízení a o jednotlivých krocích v procesu transformace? (vybranou odpověď zakroužkujte nebo podtrhněte)

ano - spíše ano - spíše ne - ne

3 . Myslíte si, že zrealizování procesu transformace bude mít svá pozitiva i pro zaměstnance?

- a) ano (jaká:.....)
b) ne, mám z tohoto kroku obavy (jaké.....)
c) nevím

4 . Je Vaše pracovní prostředí příjemné (myslí se tím materiální prostředí, vybavenost)?

ano - spíše ano - spíše ne - ne

5 . Jak hodnotíte spolupráci s kolegy na domově/úseku?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

6 . Jak hodnotíte spolupráci s kolegy z jiných domovů/úseků?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

7 . Zajímá se přímý nadřízený dostatečně o Vaši práci?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

8 . Odpovídá profesionalita Vašeho přímého nadřízeného jeho funkci?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

9 . Je Vaše práce snižována, znehodnocována např. kolegy, nadřízeným pracovníkem...?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

10 . Máte možnost prosadit své názory na pracovišti?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím

11 . Kdy jste se v rámci pracovního procesu naposledy setkal(a) se supervizí?

- a) 1 - 6 měsíců
b) 6 měsíců – 1 rok
c) 1 – 2 roky
d) více než 2 roky
e) nikdy
f) nevím, co supervize znamená (pokračujte otázkou č. 13)

12. Domníváte se, že je, nebo by byla supervize na Vašem pracovišti přínosná?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím

13. Pracujete v souladu se stanovenou náplní Vaší práce?

- a) ano
- b) ne, vykonávám činnosti nad rámec svých povinností
- c) ne, není mi umožněno vykonávat činnosti, které jsou v mé náplni práce
- d) jiná odpověď(.....)

14. Máte zájem o další vzdělávání?

- a) ano (v jaké oblasti.....)
- b) ne

15. Máte možnost dále se vzdělávat?

- a) ano
- b) ne

16. Je Váš plat stanoven správně, odpovídá pracovnímu výkonu?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

17. Dostává se Vám i jiného ohodnocení než finančního (pochvala, uznání, respekt)?

ano - spíše ano - spíše ne - ne

18. Vyhovuje Vám rozvržení pracovní doby?

- a) ano
- b) ne (v čem:.....)

19. Je počet zaměstnanců na směnách/v provozu dostačující?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím

20. Odpovídá složení personálu potřebám domova a jeho uživatelů?

- a) ano
- b) ne (v čem:.....)
- c) nevím

21. Jste spokojen(a) s podmínkami stravování?

- a) ano
- b) ne (v čem:.....)

22. Jste spokojen(a) s hygienickým zázemím zaměstnanců (šatny, sociální zařízení)?

- a) ano
- b) ne (v čem:.....)

23. Jste ve stávajícím zaměstnání spokojený(á)?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

24. Uvažoval(a) jste o změně zaměstnání?

- a) často (z jakého důvodu.....)
- b) občas (z jakého důvodu.....)
- c) nikdy

25. Pracujete s uživateli v přímé péči?

- a) ano
- b) ne

26. Délka Vaší praxe v tomto zařízení:

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

ČÁST DOTAZNÍKU ZAMĚŘENÁ NA KVALITU ŽIVOTA UŽIVATELŮ SLUŽBY

27. Jaký je podle Vás v současnosti vztah zaměstnanců k uživatelům?

velmi dobrý - dobrý - ani dobrý, ani špatný - špatný - velmi špatný

28. Je uživatelům poskytována přiměřená míra podpory, která odpovídá jejich potřebám?

- a) ano
- b) ne, míra podpory je nedostatečná
- c) ne, míra podpory je příliš vysoká

29. Jsou práva uživatelů dostatečně respektována?

- a) ano
- b) částečně (v čem:.....)
- c) ne (v čem:.....)

30. Ztotožňujete se s názorem, že uživatelé mají mnoho práv, ale málo povinností?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím

31. Jak hodnotíte kvalitu zdravotní péče?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

32. Jak hodnotíte kvalitu výchovně-vzdělávací péče?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

33. Jak hodnotíte kvalitu bytových podmínek uživatelů?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

34. Na jaké úrovni se nachází individuální plánování služby pro uživatele?

velmi dobrá - dobrá - ani dobrá, ani špatná - špatná - velmi špatná

35. Jsou uživatelé dostatečně vedeni k samostatnosti (s ohledem na stupeň postižení)?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím

36. Podporuje zařízení v odpovídající míře partnerské vztahy uživatelů?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

37. Poskytuje zařízení dostatek možností pro pracovní uplatnění uživatelů?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

38. Poskytuje/zprostředkovává podle Vás zařízení dostatek možností a podpory k využití volného času uživatelů?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

39. Mají uživatelé možnost rozhodovat o svém životě v patřičné míře (samozřejmě s ohledem na stupeň postižení)?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

40. Jsou stížnosti uživatelů přiměřeně akceptovány?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

41. Myslíte, že jsou uživatelé, kterých se transformace pravděpodobně týká, alespoň částečně ztotožnění s tímto procesem?

ano - spíše ano - spíše ne - ne - nevím, nedokážu posoudit

42. Co považujete za důležité změnit ve prospěch uživatelů:

.....
.....

Dotazník vyplňoval(a):

43.

a) **Muž** Věk:.....let

b) **Žena** Věk:.....let

44. Dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) středoškolské bez maturity (včetně vyučení)
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání
- e) vysokoškolské

Příloha č. IV: Statistické vyhodnocení dotazníku

1 . Zaznamenal(a) jste pozitivní změny v rámci zařízení v době, která uplynula od posledního vyplnění dotazníků (rok 2008) zaměřených na potřeby zaměstnanců nebo kvalitu života uživatelů?

	ano	ne	nevím	neuvedeno	celkem
Četnost	51	32	39	5	127
Četnost v %	(40 %)	(25 %)	(31 %)	(4 %)	(100 %)

2 . Jste dobře informován(a) o cílech a posláních zařízení a o jednotlivých krocích v procesu transformace?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	42	50	27	7	1	127
Četnost v %	(33 %)	(39 %)	(21 %)	(6 %)	(1 %)	(100 %)

3 . Myslíte si, že zrealizování procesu transformace bude mít svá pozitiva i pro zaměstnance?

	ano	ne	nevím	celkem
Četnost	48	29	50	127
Četnost v %	(38 %)	(23 %)	(39 %)	(100 %)

4 . Je Vaše pracovní prostředí příjemné (myslí se tím materiální prostředí, vybavenost)?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	celkem
Četnost	53	44	21	9	127
Četnost v %	(41 %)	(35 %)	(17 %)	(7 %)	(100 %)

5 . Jak hodnotíte spolupráci s kolegy na domově/úseku?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	neuvedeno	celkem
Četnost	35	69	19	3	0	1	127
Četnost v %	(28 %)	(54%)	(15 %)	(2 %)	(0 %)	(1 %)	(100%)

6 . Jak hodnotíte spolupráci s kolegy z jiných domovů/úseků?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	jiná odpověď	celkem
Četnost	13	81	25	6	0	2	127
Četnost v %	(10 %)	(63%)	(20 %)	(5 %)	(0 %)	(2 %)	(100%)

7. Zajímá se přímý nadřízený dostatečně o Vaši práci?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	66	39	11	5	6	127
Četnost v %	(51 %)	(31 %)	(9 %)	(4 %)	(5 %)	(100%)

8. Odpovídá profesionalita Vašeho přímého nadřízeného jeho funkci?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	65	26	14	5	17	127
Četnost v %	(52 %)	(20 %)	(11 %)	(4 %)	(13 %)	(100 %)

9. Je Vaše práce snižována, znehodnocována např. kolegy, nadřízeným pracovníkem...?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	9	19	34	50	15	127
Četnost v %	(7 %)	(15 %)	(27 %)	(39 %)	(12 %)	(100 %)

10. Máte možnost prosadit své názory na pracovišti?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	celkem
Četnost	29	49	34	7	8	127
Četnost v %	(23 %)	(38 %)	(27 %)	(6 %)	(6 %)	(100 %)

11. Kdy jste se v rámci pracovního procesu naposledy setkal(a) se supervizí?

	četnost	celkem
1-6 měsíců	četnost (%)	22 (17)
6 měsíců – 1 rok	četnost (%)	17 (13)
1–2 roky	četnost (%)	21 (17)
více než 2 roky	četnost (%)	24 (19)
nikdy	četnost (%)	31 (24)
nevím, co supervize znamená	četnost (%)	10 (8)
neuveдено	četnost (%)	2 (2)
celkem	četnost (%)	127 (100)

12. Domníváte se, že je, nebo by byla supervize na Vašem pracovišti přínosná?

	1-6 měsíců	6 měsíců – 1 rok	1–2 roky	více než 2 roky	nikdy	celkem	
	četnost (%)	četnost (%)	četnost (%)	četnost (%)	četnost (%)	četnost	četnost v %
ano	14 (63)	7 (40)	5 (24)	1 (4)	2 (6)	29	26
spíše ano	4 (18)	3 (18)	3 (14)	3 (13)	4 (13)	17	15
spíše ne	1 (5)	2 (12)	4 (19)	10 (41)	4 (13)	21	18
ne	1 (5)	2 (12)	5 (24)	9 (38)	4 (13)	21	18
nevím	2 (9)	3 (18)	4 (19)	1 (4)	17 (55)	27	23
celkem	22 (100)	17 (100)	21 (100)	24 (100)	31 (100)	115	100

13. Pracujete v souladu se stanovenou náplní Vaší práce?

	četnost	celkem
ano	četnost (%)	92 (72)
ne, vykonávám činnosti nad rámec svých povinností	četnost (%)	33 (26)
ne, není mi umožněno vykonávat činnosti, které jsou v náplni mé práce	četnost (%)	1 (1)
jiná odpověď	četnost (%)	1 (1)
celkem	četnost (%)	127 (100)

14. Máte zájem o další vzdělávání?

	ano	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	89	36	2	127
Četnost v %	(70 %)	(28 %)	(2 %)	(100 %)

15. Máte možnost dále se vzdělávat?

	ano	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	105	18	4	127
Četnost v %	(83 %)	(14 %)	(3 %)	(100 %)

16. Je Váš plat stanoven správně, odpovídá pracovnímu výkonu?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	21	30	31	25	20	127
Četnost v %	(17 %)	(23 %)	(24 %)	(20 %)	(16 %)	(100 %)

17. Dostává se Vám i jiného ohodnocení než finančního (pochvala, uznání, respekt)?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	28	33	35	30	1	127
Četnost v %	(22 %)	(26 %)	(27 %)	(24 %)	(1 %)	(100 %)

18. Vyhovuje Vám rozvržení pracovní doby?

	ano	ne	celkem
Četnost	116	11	127
Četnost v %	(91 %)	(9 %)	(100 %)

19. Je počet zaměstnanců na směnách/v provozu dostačující?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	celkem
Četnost	30	33	39	16	9	127
Četnost v %	(24 %)	(26 %)	(30 %)	(16 %)	(7 %)	(100 %)

20. Odpovídá složení personálu potřebám domova a jeho uživatelů?

	ano	ne	nevím	celkem
Četnost	68	25	34	127
Četnost v %	(53 %)	(20 %)	(27 %)	(100 %)

21. Jste spokojen(a) s podmínkami stravování?

	ano	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	92	30	5	127
Četnost v %	(72 %)	(24 %)	(4 %)	(100 %)

22. Jste spokojen(a) s hygienickým zázemím zaměstnanců (šatny, sociální zařízení)?

	ano	ne	celkem
Četnost	96	31	127
Četnost v %	(76 %)	(24 %)	(100 %)

23. Jste ve stávajícím zaměstnání spokojený(á)?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	neuvedeno	celkem
Četnost	68	44	12	2	1	127
Četnost v %	(53 %)	(35 %)	(9 %)	(2 %)	(1 %)	(100 %)

24. Uvažoval(a) jste o změně zaměstnání?

	často	občas	nikdy	celkem
Četnost	11	61	55	127
Četnost v %	(9 %)	(48 %)	(43 %)	(100 %)

25. Pracujete s uživateli v přímé péči?

	četnost	celkem
ano	četnost (%)	100 (79 %)
ne	četnost (%)	24 (19 %)
neuvedeno	četnost (%)	3 (2 %)
celkem	četnost (%)	127 (100 %)

26. Délka Vaší praxe v tomto zařízení:

délka praxe	do 5 let	6-10 let	11-15 let	16-20 let	21 a více let	neuvedeno
četnost	51	27	22	10	8	9
<i>četnost v %</i>	<i>41</i>	<i>21</i>	<i>17</i>	<i>8</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
počet respondentů, kteří věk uvedli/jejich průměrný věk	43 42,67	20 47,2	16 42,19	6 45,67	6 52,83	–

27. Jaký je podle Vás v současnosti vztah zaměstnanců k uživatelům?

	velmi dobrý	dobrý	ani dobrý, ani špatný	špatný	velmi špatný	neuvedeno	celkem
Četnost	34	73	9	7	0	4	127
Četnost v %	(27 %)	(57 %)	(7 %)	(6 %)	(0)	(3 %)	(100%)

28. Je uživatelům poskytována přiměřená míra podpory, která odpovídá jejich potřebám?

	ano	ne, míra podpory je nedostatečná	ne, míra podpory je příliš vysoká	neuvedeno	jiná odpověď	celkem
Četnost	98	14	10	3	2	127
Četnost v %	(77%)	(11 %)	(8 %)	(2 %)	(2 %)	(100 %)

29. Jsou práva uživatelů dostatečně respektována?

	ano	částečně	ne	celkem
Četnost	86	30	11	127
Četnost v %	(67 %)	(24 %)	(9 %)	(100 %)

30. Ztotožňujete se s názorem, že uživatelé mají mnoho práv, ale málo povinností?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	celkem
Četnost	49	45	13	13	7	127
Četnost v %	(39 %)	(35 %)	(10 %)	(10 %)	(6 %)	(100 %)

31. Jak hodnotíte kvalitu zdravotní péče?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	neuveдено	celkem
Četnost	35	57	25	4	1	5	127
Četnost v %	(28 %)	(44 %)	(20 %)	(3 %)	(1 %)	(4 %)	(100%)

32. Jak hodnotíte kvalitu výchovně-vzdělávací péče?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	neuveдено	celkem
Četnost	21	71	22	10	1	2	127
Četnost v %	(17 %)	(55 %)	(17 %)	(8 %)	(1 %)	(2 %)	(100%)

33. Jak hodnotíte kvalitu bytových podmínek uživatelů?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	celkem
Četnost	18	67	21	19	2	127
Četnost v %	(14 %)	(52 %)	(17 %)	(15 %)	(2 %)	(100 %)

34. Na jaké úrovni se nachází individuální plánování služby pro uživatele?

	velmi dobrá	dobrá	ani dobrá, ani špatná	špatná	velmi špatná	neuveдено	celkem
Četnost	9	80	18	11	2	7	127
Četnost v %	(7 %)	(62 %)	(14 %)	(9 %)	(2 %)	(6 %)	(100 %)

35. Jsou uživatelé dostatečně vedeni k samostatnosti (s ohledem na stupeň postižení)?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím	celkem
Četnost	21	63	26	8	9	127
Četnost v %	(17 %)	(50 %)	(20 %)	(6 %)	(7 %)	(100%)

36. Podporuje zařízení v odpovídající míře partnerské vztahy uživatelů?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	35	36	18	11	27	127
Četnost v %	(28 %)	(28 %)	(14 %)	(9 %)	(21 %)	(100%)

37. Poskytuje zařízení dostatek možností pro pracovní uplatnění uživatelů?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	20	41	28	12	26	127
Četnost v %	(17 %)	(33 %)	(22 %)	(9 %)	(20 %)	(100%)

38. Poskytuje/zprostředkovává podle Vás zařízení dostatek možností a podpory k využití volného času uživatelů?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	42	43	18	7	17	127
Četnost v %	(33 %)	(34 %)	(14 %)	(6 %)	(13 %)	(100 %)

39. Mají uživatelé možnost rozhodovat o svém životě v patřičné míře (samozřejmě s ohledem na stupeň postižení)?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	22	46	22	14	23	127
Četnost v %	(17 %)	(37 %)	(17 %)	(11 %)	(18 %)	(100 %)

40. Jsou stížnosti uživatelů přiměřeně akceptovány?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	celkem
Četnost	46	42	11	7	22	127
Četnost v %	(36 %)	(33 %)	(9 %)	(5 %)	(17 %)	(100 %)

41. Myslíte, že jsou uživatelé, kterých se transformace pravděpodobně týká, alespoň částečně ztotožnění s tímto procesem?

	ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím, nedokážu posoudit	neuvedeno	celkem
Četnost	29	44	25	9	19	1	127
Četnost v %	(23%)	(34%)	(20%)	(7 %)	(15 %)	(1 %)	(100 %)

42. Co považujete za důležité změnit ve prospěch uživatelů? (otevřená otázka)

43. Pohlaví, věk respondenta

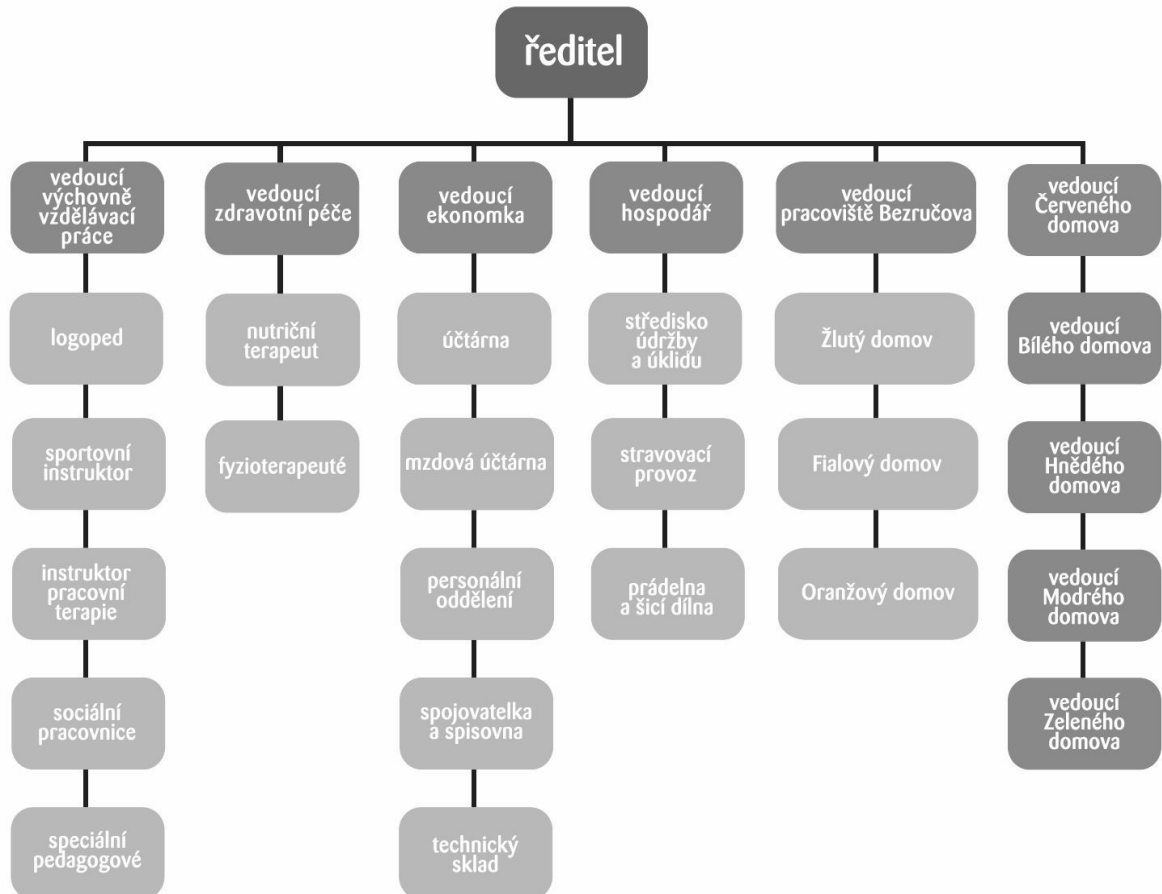
muži	8
ženy	103
neuvedeno	16
celkem	127

průměrný věk mužů	44,33 let
průměrný věk žen	44,46 let
celkový průměrný věk	44,40 let

44. Dosažené vzdělání:

	četnost	celkem
základní	četnost (%)	10 (8)
středoškolské bez maturity (včetně vyučení)	četnost (%)	35 (28)
středoškolské s maturitou	četnost (%)	36 (28)
vyšší odborné	četnost (%)	11 (9)
vysokoškolské	četnost (%)	12 (9)
neuvedeno	četnost (%)	23 (18)
celkem	četnost (%)	127 (100)

Příloha č. V: Organizační schéma pracovníků Vincentina, poskytovatele sociálních služeb, p.o.



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Klára Lišková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, PhD.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Postoj zaměstnanců zařízení sociálních služeb k úrovni kvality života osob s mentálním postižením a ke schopnosti zařízení naplnit potřeby zaměstnanců
Název v angličtině:	How social-welfare-institution workers evaluate the living conditions established for persons with mental disability, and how they consider the internal working conditions in those institutions
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na kvalitu života osob s mentálním postižením v zařízení sociálních služeb a zároveň na schopnost zařízení naplnit potřeby zaměstnanců. Zabývá se kvalitou života v obecné rovině, sociálními službami a lidmi s mentálním postižením právě v kontextu kvality života. Praktická část zkoumá formou dotazníkového šetření postoj zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením k naplňování poslání a cílů zařízení.
Klíčová slova:	Kvalita života, mentální postižení, sociální práce, zařízení sociálních služeb, domov pro osoby se zdravotním postižením
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with a quality of life of persons with mental disability who live in social-welfare-institutions and also with the institutions capability to meet its employees' needs. In my thesis, I focus on the following: quality of life in general, social services and people with intellectual disabilities in context with the very quality of life. In the practical part of thesis I have applied a questionnaire survey method to investigate opinions of employees in a home for people with disabilities on whether the mission and purpose of this institution is being fulfilled.
Klíčová slova v angličtině:	Quality of life, mental disability, social work, social-welfare-institution, home for people with disabilities
Přílohy vázané v práci:	5
Rozsah práce:	101
Jazyk práce:	Český jazyk