

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Dilema – ochrana nebo svoboda lidí, kteří žijí  
v domově pro osoby se zdravotním postižením**

Diplomová práce

Autor:	Bc. Iva Trávníčková
Studijní program:	N 6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Iva Trávníčková

Studium: U1320

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

**Název: Dilema - ochrana nebo svoboda lidí, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením**

Název diplomové práce AJ: Dillema - Protection or Independence of Persons living in a Home for Mentally Handicaped

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Hlavním cílem diplomové práce je posouzení, zda poskytovat uživatelům služby domova pro osoby se zdravotním postižením ochranu nebo svobodu. Zaměřím se také na oblast rizik a výhod spojených s pobytem v domově pro osoby se zdravotním postižením. Dále vymezím pojem osoby s mentální retardací a popíši změnu pohledu na člověka s mentálním postižením a nové přístupy k těmto osobám. Při zpracování tématu bude použita deskripce, kde využiji metodu indukce a analýzy a v závěru syntézy. Pro realizaci kvalitativní výzkumné strategie jsem jako hlavní techniku zvolila polostrukturovaný rozhovor (interview) a jako pomocné techniky pozorování a studium dokumentů. Výzkumné šetření zaměřené na oblast uvedeného dilematu bude realizováno mezi zaměstnanci ve vybraných zařízeních.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,  
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Oponent: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 28.1.2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 6. 12. 2015

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Daniele Květenkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady, připomínky a nasměrování.

Dále bych chtěla poděkovat zaměstnancům Domova svaté Rodiny, Domova v Sulické a Domova ve Vlašské za možnost provést výzkumné šetření.

## Abstrakt

TRÁVNÍČKOVÁ, Iva. *Dilema- ochrana nebo svoboda lidí, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením*. Hradec Králové, 2015. 72 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

V diplomové práci se zabývám sociální službou domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém žijí lidé s mentálním postižením. Pracovník v této sociální službě volí, zda bude vytvářet příležitosti pro rozvinutí pomoci, nebo zda převezme kontrolu nad klientem. Tím na pracovníkovi leží obrovská zodpovědnost. Cílem empirického šetření je zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu u klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytují rizika i jistoty. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy, dále je charakterizováno mentální postižení a zachycena změna pohledu k lidem s mentálním postižením a nové trendy podpory člověka s mentálním postižením. Rovněž se práce zabývá sociální službou domova pro osoby se zdravotním postižením a novými přístupy v této službě, následně jsou uvedeny jistoty a rizika domova pro osoby se zdravotním postižením. Nakonec se zaměřím na přebírání kontroly a nabízení pomoci klientovi v domově a hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou. Pro výzkumné šetření je použit kvalitativní výzkum, konkrétně technika rozhovoru. Následně je provedena analýza a interpretace výsledků výzkumného šetření.

Klíčová slova: člověk s mentálním postižením, domov pro osoby se zdravotním postižením, pomoc, kontrola, rizika.

## **Abstract**

TRÁVNÍČKOVÁ, Iva. *Dillema - Protection or Independence of Persons living in a Home for Mentally Handicaped*. Hradec Králové, 2015. 72 s. Master Degree Thesis. Univerzity of Hradec Králové. Leader of the Master Degree Thesis: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

In my thesis I deal with the social service Home for people with disabilities where the people with mental disabilities live. A social worker in this social service decides whether he or she creates an opportunity for development of the social assistance or whether he or she takes control of the client. This decision gives the social worker a great responsibility. The aim of the empirical investigation is to determine how the employee working with people with learning disabilities decides between assistance and control of a client living in a home for people with disabilities, as there are risks and securities. The theoretical part explains basic terms, further the term mental handicap is explained and the new attitude towards people with intellectual disabilities is introduced together with the new trend to support a person with mental disabilities. The thesis also deals with the social service Home for people with disabilities and new approaches and strategies towards this service. Consequently the securities and risks of the home for people with disabilities are demonstrated. In conclusion the work focuses on taking control and offering help to the client in the home and we try to find a balance between assistance and control. The qualitative research is used in the research, namely the interview technique. In conclusion the analysis and interpretation of the research results is done.

Keywords: person with mental disabilities, Home for people with disabilities, assistance, control, risks.

# Obsah

Úvod.....	9
<b>1 Vymezení základních pojmů .....</b>	<b>11</b>
<b>2 Člověk s mentálním postižením.....</b>	<b>13</b>
2.1 Vymezení mentálního postižení .....	13
2.2 Změna pohledu k lidem s mentálním postižením.....	14
2.2.1 Současný pohled na člověka s mentálním postižením.....	17
2.3 Nové trendy podpory člověka s mentálním postižením.....	18
2.3.1 Integrace.....	18
2.3.2 Humanizace .....	19
2.3.3 Sebeobhájci .....	20
2.3.4 Na osobu zaměřený přístup .....	20
2.3.5 Podporované rozhodování.....	22
<b>3 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....</b>	<b>23</b>
3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením jako sociální služba.....	23
3.1.1 Různé názory na domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	25
3.2 Nové přístupy v domově pro osoby se zdravotním postižením .....	25
3.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením podle zákona o sociálních službách.....	25
3.2.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	26
3.2.3 Transformace .....	27
3.2.4 Deinstitutionalizace.....	28
3.3 Jistoty a rizika domova pro osoby se zdravotním postižením.....	29
3.3.1 Jistoty domova pro osoby se zdravotním postižením .....	29
3.3.2 Rizika domovů pro osoby se zdravotním postižením.....	30
3.4 Přebírání kontroly a nabízení pomoci .....	36
3.4.1 Pomoc a kontrola .....	36
3.4.2 Hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou .....	39
<b>4 Rozhodování pracovníka v zařízení domova pro osoby se zdravotním postižením pro pomoc a kontrolu .....</b>	<b>41</b>
4.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumného šetření .....	41
4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek .....	42
4.3 Metody a techniky výzkumného šetření .....	44

4.4	Popis průběhu sběru dat .....	45
4.5	Výzkumný vzorek.....	47
4.6	Analýza a interpretace dat.....	49
	<b>Závěr.....</b>	<b>65</b>
	<b>Seznam literatury .....</b>	<b>67</b>
	<b>Příloha A</b>	



## **Motta**

Já dělám svou věc a ty děláš svou věc. Nejsem na světě proto, abych žil podle tvých představ, a ty nejsi na svět proto, abys žil podle mých. Ty jsi ty a já jsem já. Jestliže se náhodou vzájemně najdeme, je to krásné. Nenajdeme-li se, nedá se nic dělat. My nejsme horší nežli vy, jsme jenom jiní, podívejte, co dovedeme.

Frederika S. Persla

A tak se přimlouvám, nevnučujte péči postiženým. Umějí si o ni říct sami. Jen jim usnadněme život a vstup do společnosti.

Frančeová- Abrahamová Eva

Všechno, oč tu běží, je hledání a nabízení pomoci.

Úlehla Ivan

## Úvod

V diplomové práci se zabývám sociální službou domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém žijí lidé s mentálním postižením. V rámci své praxe jsem zpozorovala dilema, do jaké míry rozhodovat za klienta, který má mentální postižení. V domově pro osoby se zdravotním postižením má pracovník moc, on volí, rozhoduje, zda bude nabízet pomoc nebo převezme kontrolu nad klientem. Tento druh rozhodnutí vždy vychází ze strany pracovníka. Pracovník určuje podstatu dalšího kroku tím, že buď převezme kontrolu, nebo nabídne pomoc. Určující není počínání klienta. Samozřejmě, že pracovník na klienta bere ohled, ale samotná volba, zda bude vytvářet příležitost pro rozvinutí pomoci, nebo zda převezme kontrolu, leží na pracovníkovi. Tím má pracovník obrovskou zodpovědnost. O to více u lidí s mentálním postižením, kteří mají snížený intelekt. U lidí s mentálním postižením je potřeba citlivě zvážit, jak velkou míru ochrany jim můžeme poskytnout, abychom je jednak neomezovali na jejich právech, nebo je naopak nevystavovali nepřiměřenému riziku. Je to velmi tenká hranice. Hledání této hranice je stálým úkolem pracovníků. Těžko rozpoznatelné je, zda uživateli například scházejí dovednosti k samostatnému pohybu mimo domov kvůli jeho handicapu, nebo kvůli tomu, že se tyto dovednosti nemohl nikdy naučit, protože se mimo domov nikdy sám nepohyboval. Stále je nutné hledat rovnováhu mezi pomocí a kontrolou a jednat v nejlepším zájmu klienta. Zaměstnanec domova pro osoby se zdravotním postižením neustále pracuje s tímto dilematem, a musí se ptát, zda zbytečně klienta neomezuje nebo neohrožuje. Proto jsem si vybrala téma „Dilema – ochrana nebo svoboda lidí, kteří žijí v domově pro osoby se zdravotním postižením.“

Domnívám se, že v domově pro osoby se zdravotním postižením se vyskytuje mnoho rizik. Například moc nad klientem může být zneužitelná, ale také nabízí jistoty, například seniorům s mentálním postižením nebo lidem s hlubokým mentálním postižením. Z tohoto důvodu v diplomové práci hledám rizika, které se vyskytují v této sociální službě, a pátrám po jistotách, které domov nabízí.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat vývoj a změny podpory pro osoby s mentálním postižením žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém se vyskytují rizika i jistoty a zaměstnanec se rozhoduje, zda bude nabízet klientovi pomoc nebo převezme kontrolu. Teoretická část začíná tím, že vymezuje základní pojmy, které se týkají diplomové práce. Jedná se o pojem člověk s mentálním postižením, domov pro osoby se zdravotním postižením, pomoc a kontrola. Následuje kapitola, která se věnuje charakteristice mentálního postižení, změně pohledu k lidem s mentálním postižením a novým trendům,

kteří se týkají těchto lidí. Během dvaceti let se objevují nové trendy a posunula se podpora k těmto lidem, a to i v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Další kapitola charakterizuje službu domova pro osoby se zdravotním postižením, nové přístupy v domově, jistoty a rizika vyskytující se v domově a hledání rovnováhy mezi přebíráním kontroly a nabízením pomoci klientům.

Cílem empirického šetření je zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu u klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytují rizika a jistoty. Výzkumné šetření se skládá ze tří dílčích cílů. První dílčí cíl zjišťuje, jakým způsobem se zaměstnanec rozhoduje pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům žijícím v domově pro osoby se zdravotním postižením. Druhý dílčí cíl prošetřuje, jaká rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Třetí dílčí cíl zjišťuje, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Během zpracování diplomové práce jsem použila výzkumné metody kvalitativního šetření, konkrétně techniku rozhovoru se třemi sociálními pracovníky a devíti pracovníky v sociálních službách ze tří domovů pro osoby se zdravotním postižením v Praze.

Výsledky diplomové práce mohou být užitečným zdrojem informací nejen pro sociální pracovníky, vedoucí pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří pracují v domově pro osoby se zdravotním postižením, ale také pro uživatele této sociální služby a jejich rodinné příslušníky.

# 1 Vymezení základních pojmů

V této kapitole vymezím základní pojmy, které budou provázet celou diplomovou práci. Jedná se o pojmy: člověk s mentálním postižením, domov pro osoby se zdravotním postižením, pomoc a kontrola.

## Člověk s mentálním postižením

V první polovině 20. století se vyskytovalo dle Bartoňové (2007) více než dvacet různých označení stavu nazývaného mentální postižení např. rozumově zaostalí, intelektově úchylní, slabomyslní, oligofrenní, mentálně abnormální, mentálně opoždění, duševně úchylní, děti se sníženou rozumovou schopností. Tyto termíny však postupně získaly pejorativní obsah. Lečbych (2008) píše, že v padesátých letech 20. století vznikl v USA výraz mentální retardace. V roce 1959 se v Miláně konala konference Světové zdravotnické organizace. Jednotliví zástupci zabývající se problematikou jedinců s poruchami intelektu chtěli sjednotit pojmové a terminologické vymezení daného jevu a dohodli se, jak uvádí Bartoňová (2007), na používání termínu mentální retardace. V současnosti je pojem mentální retardace zastaralý výraz.

Hrušková (ed. Matoušek, 2005) uvádí, že v posledních desetiletích se pro tuto cílovou skupinu sociálních služeb používá termín lidé s postižením. Tím je zdůrazňováno, že významnější než postižení je fakt, že takový člověk je lidská bytost. Až sekundárně je zmíněno určité omezení, které přináší specifické způsoby prožívání a chování, ale toto omezení nemá charakterizovat člověka celkově. V zahraničí se často užívá označení lidé s problémy v učení. Tak jsou označeny nejčastější obtíže těchto lidí, tzn. problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. V těchto oblastech tito lidé potřebují podporu. Tento výraz byl vytvořen sebeobhájci, neboli dospělými lidmi s mentálním postižením, kteří se nejen v České republice snaží prosazovat svoje názory, zájmy a práva.

Inspirovala jsem se Emersonem (2008) a v diplomové práci budu dávat přednost termínu člověk s mentálním postižením, před termíny mentální retardace, člověk s poruchami učení či člověk s potížemi v učení. Rozhodnutí používat výraz člověk s mentálním postižením se vyhýbá zmatkům s termíny, které mají v různých zemích velmi odlišné významy (např. poruchy učení) a také umožňuje nepoužívat výrazy, které v mnoha zemích získaly hanlivé významy (např. mentální handicap, mentální retardace). Termín člověk s mentálním postižením by měl být chápán jako synonymum britského termínu poruchy učení a severoamerického mentální retardace. Zaujal mě výrok G. Feusera, který v roce 1996

prohlásil že, „...mentálně postižení neexistují, protože jsou to lidé, které my na základě našeho vnímání jejich lidských činů, v zrcadlení normy, ve které je my vidíme, přiřazujeme okruhu osob, který my označujeme jako mentálně postižené...“ (Pančocha, 2013, s. 142)

### **Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48 se „...v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí....“: Domov pro osoby se zdravotním postižením má vycházet z individuálních potřeb klienta s cílem napomáhat člověku s mentálním postižením zachovat samostatnost a nezávislost v nejvyšší možné míře. Před rokem 2006 se tato sociální služba nazývala ústav sociální péče.

### **Pomoc a kontrola**

V diplomové práci rozumím slovu ochrana jako synonymum ke kontrole a význam slova svoboda vnímám jako synonymum k pomoci.

Bobek (2008) charakterizuje kontrolu jako postoj: já jsem expert a přebírám za tebe odpovědnost. Myslím a rozhoduji za tebe, co je pro tebe dobré a jaký máš být. Charakterizuje je vztah nadřizenosti a podřizenosti. Kontrola má dle Janebové (ed. Matoušek, 2013) výhody takové, že je rychlá, má menší nároky na energii pracovníka a je efektivní z krátkodobého hlediska. Její nevýhodou je nižší pravděpodobnost dlouhodobého a trvalého efektu intervence a možný důsledek v narušení vztahu sociálního pracovníka a klienta.

Pomoc naopak Bobek (2008) charakterizuje jako: respektuji, že ty jsi expert sám na sebe a ponechávám ti tvou odpovědnost. Je vlastně vyjádřením partnerského přístupu. Jeho podstatou je důvěra ve schopnosti a zdroje druhých. Kopřiva (1997) píše, že chceme-li dosáhnout trvalé kvalitativní změny, je účinnější nedirektivní postup (tj. pomoc) a na nedirektivní přístup je potřeba mít čas a sílu. Z hlediska pracovníka je rozlišení pomoci a kontroly zásadní tím, že nelze obojí dělat současně.

## 2 Člověk s mentálním postižením

Tato kapitola se zabývá člověkem s mentálním postižením z toho důvodu, že tito lidé žijí v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V domovech se vyskytují rizika a jistoty a zaměstnanec v domově se rozhoduje, zda bude nabízet člověku s mentálním postižením pomoc nebo nad ním převezme kontrolu.

V této kapitole nejprve charakterizují mentální postižení, jeho příčiny a interakce s okolním světem. Dále se v kapitole věnují změně přístupu k lidem s mentálním postižením. Nejprve stručně shrnu dějiny podpory člověka s mentálním postižením, následně se věnují období v komunistickém režimu a také integračním postojům, které se objevují po roce 1989 až do současnosti. Změnu přístupu vnímám jako důležitou, protože situace se zlepšila k těmto lidem, a to i v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Na druhou stranu si myslím, že domovy mají ještě velký kus cesty před sebou.

### 2.1 Vymezení mentálního postižení

Nejprve definuji mentální postižení. Šiška (ed. Matoušek, 2013 s. 393) uvádí, že „...mentální postižení je souhrnné označení vrozeného deficitu rozumových schopností. Mentální postižení se projevuje sníženou schopností adaptace, učení, myšlení, orientace a je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje (méně než 70% normy). Patrné jsou odlišnosti v oblasti řeči, motivace a emocionality, volných vlastností a motoriky....“ Dle Matouška (1995) je škoda, že jen zřídka slyšíme výraz pozitivní diagnóza, která by upozorňovala na to, jaké schopnosti a dovednosti člověk s mentálním postižením zvládne. Podle Vágnerové (2008) se v populaci vyskytují přibližně 3% osob s mentálním postižením. Nejčastěji se jedná o lehký stupeň mentálního postižení, kterým trpí 70% všech zúčastněných. V této práci nebudu popisovat mentální poruchu podle stupně závažnosti (lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace), která je nejrozšířenější, protože se pojí s <sup>1</sup>medicínským přístupem. Přikláním se k sociálnímu přístupu<sup>2</sup>. Lidé s mentálním

---

<sup>1</sup> Medicínský přístup: Tento model odpovídá spíše staršímu pojetí služeb a má tendenci k segregaci a vylučování lidí s postižením z většinové společnosti. Jeho hlavním rysem je důraz na zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením. Medicínský model rovněž přináší velké riziko zneužívání moci a kontroly nad osobami s postižením v tom smyslu, že jejich pojetí toho, co je pro osobu nejlepší, vždy převáží vůli osoby s postižením, která není považována za způsobilou přijímat rozhodnutí

<sup>2</sup> Sociální přístup: Tento model se snaží docílit společenské integrace lidí s postižením, a to že jim bude zpřístupněno vzdělávání, zaměstnání, ubytování a další služby. Hlavními hodnotami, které sociální model propaguje, jsou autonomie, sebeurčení, rovnost, respekt a důstojnost. Lidé s mentálním postižením by měli žít v co nejméně omezujícím prostředí, které se co nejvíce podobá podmínkám života v komunitě a podporuje schopnost dotyčných lidí žít samostatně.

postížením netvoří dle Pančochy (2013) snadno definovatelnou homogenní skupinu. Jsou to lidé velmi rozdílní, stejně jako lidé bez postižení. Mají své zvláštnosti a také různé potřeby.

Mentální postižení může být dle Šišky (ed. Matoušek, 2013) způsobeno vnitřními (vlivy endogenní) nebo vnějšími (vlivy exogenní) příčinami, přičemž obě složky mohou působit ve vzájemné interakci. U každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda jeho mentální postižení bylo způsobeno pouze biologickými jevy a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Mentální postižení je porucha trvalá a při vhodném zacházení může docházet k částečnému zlepšení, především bychom měli rozvíjet a podporovat soběstačnost.

Člověk s mentálním postižením se dle Míšové (2010) celý život vyrovnává s následky vlastního postižení a snaží se jej překonávat. Zabere mu to mnoho času a všechny svoje schopnosti musí trénovat, procvičovat a zdokonalovat. Vanier (a, 2008) píše, že mnozí lidé s mentálním postižením jsou přesvědčeni, že nemají žádnou hodnotu. Jsou vlastními rodinami vnímáni pouze jako tragický případ. Cílem sociální práce by mělo být pomoci těmto lidem změnit toto porušené a negativní mínění o sobě samých. Snažit se změnit sebenávist k sebelásce. Každé dítě, každý dospělý člověk potřebuje být milován. Čadilová (2007) má podobný názor, že prostředí často neposkytuje optimální podporu lidem, kteří jsou znevýhodněni. Vnímáme je, jako by se jednalo o jiné bytosti, než jsme my. Místo toho je vystavujeme dalším zbytečným stresovým událostem, které na ně mají negativní dopad, jaký by měli na nás. Časté jsou: separace od blízkých lidí, nedostatek soukromí, institucionalizace, nedostatek kontroly nad svým životem, omezování či odpírání základních lidských práv (např. nemožnost připravit si jídlo nebo pití podle vlastní potřeby či opustit prostor), stěhování, neustále změny životních zvyklostí a podmínek... Dle Vaniera (b, 2008) jsou od určitého věku lidé s mentálním postižením dospělí, i když stupeň jejich vývoje může odpovídat stavu dítěte. Bez ohledu na jeho schopnosti a neschopnosti jsou především dospělí, nikoliv děti. Nemůžeme nebrat ohled na všechna ta léta života, která mají za sebou a která jim přinesla určité zkušenosti.

## **2.2 Změna pohledu k lidem s mentálním postižením**

Marečková (2010) uvádí, že lidé s postižením byli marginalizováni v různých kulturách po staletí. Odlišnost, která spočívala v postižení, bývala považována za důvod pro vyloučení. Vanier (a, 2008) píše, že nikdo nikdy v minulosti nepočítal s tím, že by lidé s mentálním postižením mohli být považováni za rovnocenné partnery „nás silných“. I

v současnosti můžeme vnímat, že v České republice jsou lidé s postižením do značné míry neviditelní.

V antickém světě neexistovaly dle Goldmanna (1999) ústavy pro handicapované, protože děti s postižením byly zabíjeny, nebo odkládány. Zakládání tohoto typu zařízení pro handicapované se objevuje s příchodem křesťanství. Toto tvrzení dokládá i Vávrová (2012), která píše, že v období před křesťanstvím se nedochovaly žádné zmínky o specializovaných zařízeních zaměřených na péči o osoby s postižením. Církev byla až do novověku významnější institucí poskytující solidární péči a služby potřebným než stát. Od novověku se naopak stát stává dominantnějším poskytovatelem institucionální péče než církev. První významnější ústav pro osoby s mentálním postižením, který se stal známým a napodobovaným, byl dle Lečbycha (2008) ve Švýcarském Interlaken. Založil ho Guggenbu v první polovině 19. století. Ukázalo se, že dítě i dospělý člověk s mentálním postižením je vychovatelný a vzdělavatelný. V druhé polovině 19. století se začíná rozrůstat počet zvláštních škol, které ale nemají dostatek financí a pedagogického optimismu, proto zanikají. Nejen Lečbych (2008) uvádí, že do poloviny 20. století dominuje z hlediska profesionální pomoci lidem s mentálním postižením forma ústavní péče. Lidé s mentálním postižením jsou zbavováni řady sociálních a právních kompetencí a ve vztahu k nim se zdůrazňuje jejich bezmoc a odkázanost na péči. Od druhé poloviny 20. století se vyspělé demokratické země snaží podle Šišky (ed. Matoušek, 2013) poskytovat lidem s mentálním postižením podporu v přirozeném prostředí místo ve velkých ústavních pobytových zařízeních. V šedesátých letech 20. století se objevuje hlas rodičů dětí s mentálním postižením a byla ustanovena Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných, která si za svůj cíl formulovala hájit zájmy mentálně handicapovaných lidí. Ve vyspělých Evropských zemích se od 70. let 20. století podle Holasové (2014) začal klást důraz na kvalitu péče a služeb a zaváděly se standardy péče.

U nás v bývalém Československu se ve druhé polovině 20. století stát snaží usurpovat monopol v oblasti sociálních služeb. S tím souvisí, jak píše Wagnerová (2002), i potlačování samostatnosti dobrovolných nestátních organizací. Aktivitu, které by se nepodřídily centralizovanému režimu, byly vytlačeny na okraj systému. Přitom stát sám nikdy nedokáže zajišťovat potřeby zdravotně postižených v plném rozsahu. Pod vlivem komunistického režimu převládal segregační postoj a lidé s mentálním postižením byli izolováni v ústavech sociální péče, které byly zpravidla budovány v odlehlejších částech republiky a některé ústavy dosahovaly až stovek lidí. Komunistické ústavy sociální péče se nacházely v oblastech blízko



státních hranic a vně malých měst, kde dávaly pracovní příležitosti mnoha místním obyvatelům. Na lidi s mentálním postižením se dle Sinecké (2013) nahlíželo z medicínského pohledu, což vedlo k deprivaci jejich potřeb jako lidských bytostí. Tyto ústavy zcela přebíraly péči o děti s mentálním postižením a zbavovaly zodpovědnosti rodiče těchto dětí. Komunistický režim nabízel rodinám jen dvě cesty: buď domácí péči bez jakékoli profesionální či sociální podpory, nebo institucionalizaci. Podle Hruškové (2005) a Švarcové (1999) se často rodičům dětí s postižením hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu a pořídili si další dítě. Rodiče postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli nezdárka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotní kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z něhož „stejně nikdy nic nebude“. Vanier (a, 2008) dospěl k názoru, že mentálně postižení lidé jsou jedni z nejutlačovanějších a nejvykloučovanějších lidí ve světě. Dokonce i jejich rodiče se často stydí za to, že porodili „takové“ dítě. V důsledku obrovského tlaku společnosti na to, aby se rodily dokonalé děti, rodiče mají pocit, že selhali. Pančocha (2013) píše, že neexistovala dostatečná podpora pro rodiče dětí s postižením, aby se mohli o své dítě starat doma. Neexistovaly vzdělávací nabídky pro všechny (dětí s těžkým postižením byly často osvobozeny od školní docházky), volnočasové aktivity a podpůrná opatření pro samostatný život. Určitou podporu (různé kroužky a výlety) poskytovalo pouze Sdružení pro pomoc mentálně postiženým v Praze. Ze strany odborníků byl neustále zdůrazňován názor, že ústavní péče je pro lidi s mentálním postižením nejvhodnější variantou a dle Hruškové (ed. Matoušek, 2005) jiná služba pro člověka s mentálním postižením neexistovala. Sinecká (2013) spatřuje v těchto ústavech jednu výhodu. Výhoda byla v tom, že obyvatelé ústavu byli po všech stránkách materiálně zabezpečeni.

Integrační postoje se u nás objevují až po roce 1989 (s více než dvacetiletým zpožděním za vyspělými zeměmi Evropy a USA) a lidé s mentálním postižením se začínají pomalu objevovat v běžném každodenním životě. Po roce 1989 postupně dochází k transformaci velkých ústavů, které se snaží vycházet více vstříc potřebám klientů. Například „...ústavy se zmenšují až na rozměry bytu v činžovním domě, v němž žijí čtyři klienti se dvěma profesionálními pracovníky....“ (Matoušek, 1995, s. 34) Specifické pro českou transformaci je dle Sinecké (2013), že nejprve odchází ti „nejschopnější“ klienti, potom ti, kteří potřebují určitou podporu. Tím pádem máme problém, co s těmi, kteří mají více fyzických a psychických potřeb. Lečbych (2008) uvádí, že s rozvojem integrace lidí s mentálním postižením do společnosti a s požadavkem deinstitucionalizace roste tlak na společnost, aby

dokázala vytvořit nové formy podpory osob s mentálním postižením, které jim umožní žít v důstojných podmínkách a participovat na přirozeném životě komunity. Od roku 1989 se začaly rozvíjet nové aktivity v oblasti sociální práce, začaly vznikat nové typy organizací (zejména nestátních) a nové způsoby poskytování pomoci. Rozvíjejí se terénní služby a ambulantní služby jako alternativa vůči ústavní péči. V současnosti má sociální práce dle Matouška (1995) tendenci jít za klientem do jeho prostředí, než pro něj vytvářet nové umělé ústavní prostředí. Vznikají další sociální služby, které se chtějí programově lišit od tradičních ústavů. Jsou to sociální služby jako například stacionáře, chráněné dílny, podporované zaměstnávání, chráněné bydlení, podporované bydlení... První chráněné byty, jak píše Hrušková (2005), zprovoznila společnost Duha v roce 1992.

### **2.2.1 Současný pohled na člověka s mentálním postižením**

Dříve (před rokem 1989) byl klient považován za pasivního příjemce péče. Dnes je klient rovnocenný a spoluodpovědný účastník pomoci. Služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám. S tím souvisí i snaha o to, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý. Optimální by bylo vytvořit síť služeb, mezi nimiž by si uživatel mohl vybírat, popřípadě jich mohl využívat několik současně.

Současným ideálem, o kterém píše Landischová (str. 2005), je směřování k tomu, aby lidé s mentálním postižením mohli využívat běžné zdroje, tedy instituce, které poskytují služby veřejnosti. To znamená, aby žili v místním společenství způsobem, který co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez postižení. S tím souvisí záměr co možná nejvyšší samostatnosti klientů. Podpora ze strany sociálních pracovníků a jiných služeb by měla být poskytována jen v záležitostech, které uživatel sám nezvládá. Naopak tam, kde si umí poradit, by měl mít dostatečný prostor pro svoje řešení. Člověk s mentálním postižením by měl směřovat k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby stále více věcí si dělal sám. Tento princip postupného zmenšování podpory je možné uplatňovat bez ohledu na míru postižení. Každý člověk se může v něčem zlepšovat a následně zvládat některé činnosti nebo jejich části sám. Pančocha (2013) píše, že v současné době se usiluje a směřuje k tomu, aby lidé s mentálním postižením mohli žít co nejvíce samostatně (s případnou podporou), tedy například žít v chráněném bydlení. V mnoha zemích (např. Itálie) je cílem rušení institucionálních zařízení pro osoby s postižením, v jiných alespoň upravení podmínek (pokoje s menším počtem lidí, zlepšení přístupu ke klientům, úprava prostředí, otevření směrem ven i dovnitř, zlepšení kvality života apod.).

Cílem sociální práce má být dle Landischové (1995) integrace lidí s mentálním postižením do společnosti. Prvním předpokladem je sama přítomnost těchto lidí v běžném prostředí, v hromadných dopravních prostředcích, obchodech, restauracích apod. Mnohá místa mohou lidé s mentálním postižením navštěvovat nejen jako zákazníci, ale mohou zde i pracovat. S dospělými lidmi s mentálním postižením bychom měli jednat jako s dospělými lidmi. To znamená respektovat jejich soukromí, chápat je jako partnery, brát vážně jejich rozhodnutí. Je žádoucí, aby pracovníci postupně omezovali poskytovaný rozsah pomoci, pokud je může nahradit někdo z okolí uživatele. Nahrazení části služby neformální pomocí snižuje riziko, že se využíváním sociální služby uživatel bude vzdalovat běžnému prostředí.

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením podle Švarcové (2003) přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě. Nejen Emerson (2008) uvádí, že lidé žijící v komunitních zařízeních žijí kvalitnějším životem než lidé v ústavním zařízení.

## **2.3 Nové trendy podpory člověka s mentálním postižením**

V této části podkapitoly se budu věnovat novým formám podpory člověka s mentálním postižením. Jedná se o integraci, humanizaci, sebeobhajování, na osobu zaměřený přístup, podporované rozhodování. Tyto formy činí člověka s mentálním postižením svobodnějším a umožňují mu možnost volby a rozhodování. Tyto trendy vnímám tak, že mají být upřednostňovány a položeny v každé sociální službě pro člověka s mentálním postižením, zvláště v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Myslím si, že pokud na těchto trendech budou stavět domovy pro osoby se zdravotním postižením, sníží se výskyt rizik. Tyto trendy upřednostňují nabízení pomoci, nežli přebírání kontroly.

### **2.3.1 Integrace**

Lidé s postižením jsou samozřejmou součástí každé společnosti, ale ne vždy jsou ve společnosti uspokojivě přijímáni. „...*Integraci lze definovat jako začlenění postiženého jedince do společnosti zdravých, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje....*“ (Vágnerová, 2008, s. 192) Integrace je vždycky dvoustranným procesem. Důležité jsou postoje osob s postižením i zdravých a z nich vyplývající chování. Vzhledem k tomu, že jde o náročný proces, musí být člověk s postižením dostatečně motivován.

Pančocha (2013) píše, že integrace je vývojový proces jednoho člověka i skupiny, jak už jsme zde zmínili. Je ji třeba chápat jako komplex interakčních dějů. Vnitřní integrace člověka znamená sebeakceptaci a hodnocení sebe sama takového jaký je, s jeho silnými i slabými stránkami. To je možné jenom tehdy, když zažíváme přijetí náklonnosti, porozumění a ohled druhých lidí v sociální komunitě. Integrace je velmi těžká v případě, když osoby s postižením stále zažívají, že jsou přijímány jako jiní. Důležitým předpokladem začlenění do společnosti zdravých je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, která zde platí, a jim odpovídající chování. Z tohoto důvodu bývají nejčastěji izolováni lidé s mentálním postižením.

Domnívám se, že pokud je zátěž spojená s integrací příliš velká a motivace slabá, zůstávají raději lidé s postižením v izolaci nebo v minoritě podobně znevýhodněných, kde se cítí jistější a jejich potřeby mohou být uspokojovány snáze, než kdyby byli vystaveni tlaku zdravé populace.

### **2.3.2 Humanizace**

Humanizace podle Pörtnera (2009) spatřuje v každém člověku svébytnou osobnost se sobě vlastní hodnotou a respektuje vzájemnou odlišnost lidí. Vychází z předpokladu, že každý člověk má vlastní schopnosti ke změnám a k řešení problémů. Principiálně ne my, nýbrž ten druhý sám ví, co je pro něj dobré, byť má omezený přístup ke svému vidění. Každého člověka musíme brát vážně s jeho zcela vlastním charakterem a způsobem projevu, i když nám může být zpočátku nesrozumitelný. Pro něj má smysl, a to je třeba respektovat. Ne vždy se nám podaří tento smysl nalézt.

Humanizace v domovech pro lidi s mentálním postižením spočívá dle Švarcové (2003) v zásadních změnách postoje ke klientovi, v respektování jeho důstojnosti, nedirektivním přístupu, v nahrazení paternalistického přístupu partnerským. V domovech pro lidi s mentálním postižením musíme vytvářet atmosféru klidu a pochopení, dávat najevo, že nás problémy našich klientů opravdu zajímají. Péče v domově nespočívá jen v jídle a ošetřování člověka, není to nemocnice nebo vězení. Je to náhradní domov, který supluje rodinu. Humanizace, jak píše Švarcová, (1999) nespočívá jen v podpoře o lidi s postižením, ale spočívá v humanizaci celé společnosti, která lidi s mentálním postižením respektuje jako rovnoprávné členy, vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a která jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost.

### **2.3.3 Sebeobhájci**

Podle Kozákové (2005, s. 311) bývá sebeobhajování definováno jako „...proces, při kterém se člověk učí individuálně nebo v kolektivu vyjadřovat vlastní postoje, názory a přání hovořit sám za sebe i za skupinu...“. Míšová (2010) píše, že sebeobhajování osob s mentálním postižením má své kořeny ve Švédsku, kde byla založena v roce 1968 skupina People First, která prosazuje schopnost zastupovat a obhajovat se. Postupně se tato skupina začala rozšiřovat do jiných zemí. Původně bylo dle Pančochy (2013) toto hnutí organizací rodičů dětí s postižením, kteří chtěli hájit své děti a mluvit za ně. Samotní lidé s postižením se však rozhodli, že chtějí mluvit sami za sebe. Členové hnutí chtějí zdůraznit, že jsou v první řadě lidé a jakékoli další znevýhodňující aspekty jsou až na druhém místě. S ohledem na tento postoj a na změny přístupu k lidem s postižením dochází i ke změně označování osob s postižením. Již nemluvíme o postižení, nýbrž o člověku, osobě, jedinci s postižením (v budoucnosti i bez tohoto přídavku). V přístupu k těmto lidem již nestojí v popředí samotné postižení, nýbrž potenciál každého člověka a jeho potřeba pomoci a podpory, kterou by mu společnost měla poskytnout, aby se do ní mohl začlenit jako každý jiný. V současnosti existuje hnutí sebeobhájců jako celosvětová organizace sdružující především lidi s mentálním postižením. Cílem hnutí je podpora těchto lidí tak, aby dokázali v rámci svých možností převzít zodpovědnost za svůj život. Aby se naučili chápat své povinnosti, hájit práva a bránit se diskriminaci, případně obhajovat práva těch, kterým to není umožněno z nedostatku příležitostí nebo v důsledku závažnosti postižení. Důležitou součástí sebeobhajování není jen mluvit o situaci, ale také realizovat kroky ovlivňující daný stav.

Lidé s mentálním postižením by si měli být vědomi, že s prosazováním více a více práv roste přímo úměrně i zodpovědnost a počet povinností. Abychom se nedostali dle Kozákové (2005) do situace, kdy na jedné straně člověk s mentálním postižením chce, aby s ním bylo jednáno jako s každým jiným a na druhé straně jsou očekávány a prosazovány výhody, kterými člověk běžně nedisponuje.

### **2.3.4 Na osobu zaměřený přístup**

Na osobu zaměřený přístup vznikl původně jako terapeutická metoda. Postupem času se ukázalo, že je aplikovaný i vůči lidem s mentálním postižením. Přístup zaměřený na osobu vzešel, jak píše Matoušek (2013), od amerického psychologa Carla Rogerse (1902-1987), zakladatele psychoterapeutického směru zaměřeného na klienta. Pančocha (2013) zdůrazňuje, že přístup zaměřený na osobu znamená nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být,

nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti. Znamená to vnímat jedinečnost každého člověka, snažit se jejich chování porozumět a podporovat v jejich rozvoji a vyznat se v tomto světě. Rogersovy myšlenky byly podle Šifelové (2010) velice radikální a nenásilnou cestou bořily tradiční představy o poskytování pomoci druhým lidem. Rogers vnesl téma důvěry v člověka. Když prokážeme člověku důvěru, dokáže jedinec převzít zodpovědnost a řídit svůj život, který přirozeně směřuje k růstu a rozvíjení jeho možností.

Přístup zaměřený na osobu se zakládá podle Pörtnera (2009) na zlepšování kvality života u lidí, kteří vyžadují zvláštní péči. Na rozšiřování prostor pro jejich vlastní jednání a na ulehčení pracovníkům, pro které se práce může stát příjemnější a uspokojivější. Pracovat se zaměřením na osobu znamená brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností. Dle Hrabánkové (2008) je člověk v přístupu zaměřeném na osobu takový, jaký je, jeho specifická přání, názory a to, co je důležité pro něj. Pomoc se nezaměřuje ani tak na handicap, prioritou zde není, aby byl skoro jako zdravý. Jde o to, aby nebyl pasivní objekt péče odborníků, ale aby on sám měl vliv na svůj život, aby mohl ovlivnit kde, s kým a jak bude žít a kdo mu bude poskytovat služby. Hlavní je, co on sám chce a potřebuje. Měl by mít možnost se co nejvíce aktivně účastnit normálního života a co nejvíce se zapojit, a to v rozsahu, který se naučí zvládat.

Postoj zaměřený na osobu má podle Pörtnera (2009) 3 složky. Jedná se o empatii, úctu k osobnosti a kongruenci (opravdovost). Dle Šifelové (2010) je nedirektivita jedním z ústředních pojmů přístupu zaměřeného na člověka. Rogersovo pojetí nedirektivity vycházelo z předpokladu, že klient má právo si své životní směřování vybrat, i když se může lišit od představy pracovníka (opatrovníka, rodiny). Za předpokladu určitého vzhledu do sebe a svých problémů lze věřit, že klientova volba bude moudrá, a proto ji není třeba řídit.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se mluví o přístupu zaměřeném na osobu, ale pracovníci, opatrovníci a veřejnost ještě nejsou s tímto přístupem ztotožnění. Máme tendenci nutit klienty dělat věci, které nechtějí. Nerespektujeme svět klientů, nebereme v potaz jejich potřeby a přání, zvláště pokud jsou v kontrastu s přáními jejich rodičů a opatrovníků.

### 2.3.5 Podporované rozhodování

Základy podporovaného rozhodování můžeme nalézt v právních řádech skandinávských států, zejména Norska a Švédska. Tyto instituty podle Marečkové (2010) fungují tak, že nedochází k zásahu do právní osobnosti dospělého člověka. Podporující osoba mu pouze asistuje při uplatňování potřeb a zájmů. Vychází z myšlenky, že má-li člověk někoho, kdo ho podporuje, kdo mu asistuje, není nutné autoritativně řešit jeho limity. V některých státech mohou lidé uzavřít dohodu o podporovaném rozhodování i s více osobami. Člověk s mentálním postižením ale musí umět takovou dohodu uzavřít, tzn. musí být schopen posoudit její povahu, smysl a důsledky.

Podle nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. § 45-48 je možná nápomoc při rozhodování. Potřebuje-li člověk nápomoc při rozhodování, může si s podpůrcem ujednat poskytování podpory a podpůrců může být i více. Smlouva nabývá účinnosti dnem, kdy ji schválí soud. Podpůrce samozřejmě nesmí ohrozit zájmy podporovaného nevhodným ovlivňováním, ani se na úkor podporovaného bezdůvodně obohatit.

Marečková (2010) nabízí alternativy, které chrání člověka, pokud se svým vlastním jednáním poškozuje, bez toho, aby bylo nutné omezit jeho způsobilost k právním úkonům, případně zbavit způsobilost k právním úkonům. První možností je domoci se neplatnosti učiněného právního úkonu, druhou je možnost odstoupení od smlouvy, dále ustanovení opatrovníka bez omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům, čtvrtá možnost je zastupování na základě plné moci, pátou tzv. osobní bankrot a poslední možnost preventivního charakteru spočívá v poskytování asistence jako sociální služby. Vyjmenovaná opatření jsou šetrnější k právům člověka než zásahy do způsobilosti k právním úkonům, měla by proto mít přednost před omezením nebo zbavením způsobilosti k právním úkonům.

Pro porozumění tématu jsem v této kapitole vymezila mentální postižení. Poskytla stručnou historii péče o lidi s mentálním postižením a cílila jsem na změnu pohledu k lidem s mentálním postižením, zejména po roce 1989 v České republice. Zaměřila jsem se na aktuální pohled člověka s mentálním postižením. Dále na nové trendy podpory o člověka s mentálním postižením.

### **3 Domov pro osoby se zdravotním postižením**

V této kapitole nejprve charakterizují domov pro osoby se zdravotním postižením. Zmíním různé názory na domovy. Popíši nové přístupy, které se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dále uvedu rizika a jistoty, které se vyskytují v domovech. Nakonec se zaměřím na přebírání kontroly nad klientem a nabízení pomoci klientovi v domovech pro osoby se zdravotním postižením a hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou.

#### **3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením jako sociální služba**

Do roku 2006 byl domov pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústav sociální péče) součástí vyhlášky č. 182/1991 Sb., o sociálním zabezpečení. Nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje domov pro osoby se zdravotním postižením. Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou instituce zpravidla zřizované státem, krajem či obcemi s celoročním nebo týdenním pobytem, které poskytují ucelenou péči a podporu pro klienty s handicapem. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dle Matouška (2013, s. 417) dlouhodobé pobytové služby obsahující pomoc při zvládnutí běžných úkolů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu, stravu, ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práva a zájmů. Obsah, forma, intenzita i rozsah poskytovaných služeb mají vycházet z individuálních potřeb klienta s cílem napomáhat lidem s postižením k zachování samostatnosti a nezávislosti v nejvyšší možné míře.

Novosad (2009) píše, že domovy pro osoby se zdravotním postižením představují pro uživatele této služby přijatelnější formu pobytové služby, než bývalé ústavy sociální péče. Poskytují soubor služeb, které se zaměřují na podporu soběstačnosti člověka a zajišťují podmínky pro jeho důstojný, aktivní život. Domovy pro osoby se zdravotním postižením, na rozdíl od bývalých ústavů sociální péče, mívají menší počet klientů.

Matoušek (1995) namítá, že klienti se do domova pro osoby se zdravotním postižením dostávají proto, že jsou v debaklové životní situaci. Vstup do této sociální služby je událostí klientem málo vítanou, volbou menšího zla. Vstup do neznámého prostředí, v němž se bude nucen přizpůsobovat existujícím pravidlům (ve všech domovech omezujícím), pro něj představuje zátěž. Domov pro osoby se zdravotním postižením by měl být využíván podle Matouška (2013) v případě, kdy člověk s mentálním postižením není objektivně schopen žít



plně samostatně, to znamená, že nedokáže naplňovat své potřeby bez podpory. Řešení ve formě života v pobytovém zařízení se pak vzhledem ke všem okolnostem, jako jsou možnosti rodiny, dostupnost jiných sociálních služeb, může ukázat jako jediná možnost. Stejný názor má i Novosad (2009), který píše, že cílovou skupinou jsou osoby, které nejsou schopny zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a jejich situaci není možné řešit pomocí rodiny ani využitím terénních sociálních služeb. Podle Goldmanna (1999) tato forma pomoci představuje pro uživatele radikální a hlubokou změnu ve způsobu života. Ústavní pobyt dle Matouška (1995) může trvale ovlivnit jeho další etapy v životě. Rozhodnutí by mělo být vždy dobře uváženo, především na základě zhodnocení uživatelských potřeb. Domov pro osoby se zdravotním postižením je vždycky pokusem o umělý domov.

Obecně platí, že čím více se klienti podílejí ve svých domácnostech v domově i v lokální komunitě, tím je pro ně lepším místem k životu (např. vaření, úklid, praní, žehlení, práce na zahradě, nákupy, obstarávání domácnosti, doprava, práce, volný čas...). Každý pracovník, který pracuje v domově pro osoby se zdravotním postižením, by si měl položit dle Matouška (1995) jednoduché otázky: Dělá domov to, co skutečně má? Kolik času během dne tráví klient činností, kterou by on sám chtěl dělat, vnímá ji jako přínosnou, obohacující? Pracovník pomáhá člověku s mentálním postižením tím, dle Černé (2008), aby co nejvíce činností zvládal sám. Významná je i oblast vlastního rozhodování, asistent by měl člověku pomoci orientovat se ve vlastních preferencích, v možnostech, které se mu nabízejí, měl by mu pomoci rozhodovat se a své potřeby a přání vyjadřovat. Pracovník by měl respektovat klientovo rozhodnutí. Mluví se o přístupu zaměřeném na osobu, ale asistenti, opatrovníci, veřejnost atd., tak ještě nemyslí. Sinecká (2013) namítá, že máme tendenci nutit klienty dělat věci, které nechťejí. Nerespektujeme svět klientů, nebereme v potaz jejich potřeby a přání, zvlášť pokud jsou v kontrastu s přáními jejich rodičů a opatrovníků. Máme jednat s klienty jako s dospělými lidmi. To znamená podle Hruškové (2005) respektovat jejich soukromí, chápat je jako partnery, a znovu brát vážně jejich rozhodnutí. Je žádoucí, aby pracovníci postupně omezovali poskytovaný rozsah pomoci, pokud je může nahradit někdo z okolí uživatele. Nahrazení části služby neformální pomoci snižuje riziko, že se využíváním sociální služby uživatel bude vzdalovat běžnému prostředí. Podle Švarcové (1999) by každý domov měl rozvíjet možnosti a schopnosti každého klienta a posilovat jeho sebevědomí. Snažit se o integraci a o co nejnornálnější přístup ke klientům. Kultivovat bydlení a ideálně, aby měl každý klient svůj pokoj. Neuzavírat se okolnímu světu a co nejvíce se účastnit života mimo domov. Každodenní život v domově by měl odpovídat, jak píše Švarcová (2004), principu

normalizace, to znamená přibližovat se životu lidí v běžné populaci. Tito lidé mají mít možnost prožívat svůj život jako ostatní lidé, a pokud je to možné, i tak „po svém“ podle svých vlastních představ.

### **3.1.1 Různé názory na domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Po roce 1989 se dle Švarcové (2003) objevily různé názory na poskytování pobytového zařízení pro lidi s mentálním postižením. Byli tu na jedné straně radikální odpůrci ústavní péče, kteří označovali tuto službu za koncentráky, kriminály... a dožadovali se jejich rychlé likvidace. Protipólem je názor, že v ústavní péči pro lidi s mentálním postižením je všechno v pořádku a není třeba nic podstatného měnit. Skutečností je, že domovy pro osoby se zdravotním postižením se polidšťují, i když ne všude stejně rychle a procházely a procházejí velkými změnami, které budou trvat ještě dlouhou dobu. Matoušek (1995) píše, že smysl budou mít jen domovy pro osoby se zdravotním postižením odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta a pouze v minimální nutné míře vůči němu uplatňují omezení. V domovech, kde je přátelská, vstřícná atmosféra a pracovník má možnost chovat se vůči klientovi velmi spontánně, aniž by překročil meze profesionality.

## **3.2 Nové přístupy v domově pro osoby se zdravotním postižením**

Nový pohled na sociální službu je uveden ve Standardech kvality sociálních služeb a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V nich jsou ukotvena základní lidská práva uživatelů služeb, která mají směřovat k naplňování jejich individuálních potřeb a života v přirozeném prostředí.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jak píše Matoušek (2013), procházejí v současnosti velkými změnami, zaměřenými na transformaci, s tím souvisí i zlepšení prostředí v tomto zařízení. Dalším novým přístupem je proces deinstitucionalizace. Cílem deinstitucionalizace je nahradit rezidenční (ústavní) péči klientů službami eliminujícími sociální izolaci prostřednictvím adresnějších služeb poskytovaných v přirozeném prostředí.

### **3.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením podle zákona o sociálních službách**

Valenta (2012) píše, že sociální služby (tehdy sociální péče) do konce roku 2006 vycházely ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let minulého století. V té době bylo na sociální služby nahlíženo odlišným způsobem, a to především v oblasti svobody rozhodování

klientů. Model vycházel ze státně paternalistického a socialisticky direktivního způsobu uvažování.

Dřívější úprava umožňovala lidem s hendikepou využívat jen velmi chudé spektrum služeb. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl významné změny. Dle Holasové (2014) byl zaveden příspěvek na péči uživatelům, stanovila se nová kategorizace služeb (konkrétní formy a druhy sociálních služeb), určilo se plánování služeb, zavedla se povinná registrace poskytovatelů a povinnosti poskytovatelů (smlouva o poskytnutí služby, dodržování standardů kvality, realizace inspekce služeb), byla stanovena minimální úroveň odborného vzdělání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Zákon o sociálních službách vytvořil, jak píše Pančocha (2013), prostředí pro rozvoj spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu.

Hlavním posláním sociální služby, kterou zmiňuje Čadilová, (2007), by tedy měla být snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů. Žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí, kdy si budou moci vybrat ze širokého spektra sociálních služeb (pečovatelská služba, osobní asistence) nebo zda se postarají sami o sebe či o ně budou pečovat rodinní příslušníci. Tito lidé pak budou moci dále žít ve svém přirozeném prostředí, kde mají nablízku rodinu, přátele a díky podpoře terénních a ambulantních služeb situaci zvládnou, aniž by byli nuceni odcházet do pobytových zařízení. K tomu by měl napomoci mimo jiné i příspěvek na péči, za něj si tyto lidé mohou nakoupit služby podle svého výběru a potřeb. Tedy hlavním cílem poskytování sociálních služeb je napomoci osobám začlenit se v nejvyšší možné míře do běžného života společnosti a vést je k psychické i fyzické samostatnosti. Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že pobytové sociální služby svým charakterem latentně přispívají k sociálnímu vylučování osob mimo běžný život společnosti.

Sociální služby dle Holasové (2014) se neustále vyvíjejí a vznikají zcela nové služby na základě nových sociálních problémů.

### **3.2.2 Standardy kvality sociálních služeb**

Standardy kvality sociálních služeb byly vydány v roce 2002 na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR a jsou založeny na naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod. Znění kritérií standardů je

obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Bednář (2012) píše, že standardy kvality sociálních služeb platí pro všechny typy a druhy sociálních služeb. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Řadu pravidel si v souladu s principy obsaženými ve standardech musí definovat poskytovatelé sami (poslání, cíle, stížnostní postupy, pravidla pro individuální plánování služeb apod.). Standardy jsou rozděleny do tří základních částí: procedurální (např. cíle a způsoby poskytování sociální služby, smlouva o poskytování sociální služby, individuální plánování průběhu sociální služby, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby), personální (např. personální a organizační zajištění sociální služby) a provozní (informovanost o službě, nouzové a havarijní situace).

Standardy kvality sociálních služeb uvádějí, že sociální služba má vést klienta k samostatnosti, nevytvářet jeho závislost na poskytovaných službách, ale naopak jej aktivizovat a vést k osobnímu růstu a vlastnímu řešení situace. Aby byla aktivizace uživatele dobrá, účinná a vedla ke snížení závislosti uživatele na poskytování sociálních služeb, musí především vycházet ze zakázky uživatele.

Myslím si, že pro některé domovy pro osoby se zdravotním postižením je velmi obtížné naplňovat Standardy kvality sociálních služeb. Některé problémové oblasti (např. neuzamykatelné skříňky) se dají relativně snadno změnit. Jiné standardy překračují možnosti domovů např. obecný cíl sociálních služeb – podpora setrvání lidí v běžném prostředí a předcházení sociálnímu vyloučení.

### **3.2.3 Transformace**

Dle Sokola (2008) má být cílem transformace ústavní péče pro osoby s mentálním postižením vytvoření koordinované sítě umožňující život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče. Pojem transformace sociálních služeb v ČR představuje, jak píše Čámský (2011), proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jinak řečeno, jedná se o přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu. Služba by podle Sokola (2008) měla být poskytována v přirozeném prostředí, což charakterizuje zejména: malá kapacita zařízení (počet obyvatel velikosti rodiny), prostředí nesmí připomínat nemocnici, musí být individualizovaný režim života klientů, domov má být umístěn v běžné

zástavbě. Základní ideou pobytové sociální služby pro osoby s mentálním postižením je poskytování sociálních služeb v malých bytových jednotkách.

Sinecká (2013) si klade otázku, zda i přes transformaci velkých domovů pro osoby se zdravotním postižením do malých komunitních zařízení můžeme tuto službu nazývat domovem. Můžeme najít prvky ústavnosti, ale tentokrát v mikro-institucionálním měřítku. I přesto, že v sociální službě bydlí jen čtyři až pět klientů a většinou dva až tři členové personálu, tyto „domovy“ odkrývají charakteristiky instituce skrze paternalistická zacházení s klienty, chování se k nim jako k dětem, žití se spolubydlícími a personálem, které si klient vybrat nemohl, nebo skrze neformální pravidla, která nepsaná existují v domě a ztěžují klientům život (např. jaké internetové stránky mohou prohlížet, co mají jíst, co je pro ně zdravé).

### **3.2.4 Deinstitucionalizace**

Deinstitucionalizace dle Kubalčikové (Ed. Matoušek, 2013) je proces institucionálních změn, jehož cílem je oslabení tradičních ústavních forem péče a posílení služeb spojených s vlastním bydlením, s místní komunitou, s individuálním přístupem ke klientovi, včetně upevnění role rodiny a neformálních poskytovatelů pomoci. Pojem deinstitucionalizace se podle Čámského (2011) používá v sociálních službách ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Je to proces postupný, kdy dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Šiška (2002) deinstitucionalizaci rozumí jako změnu přístupu ke službám pro lidi s mentálním postižením, ve kterých je hlavním hlediskem spokojenost klienta a jeho rodiny. Proces deinstitucionalizace směřuje k poskytování sociálních služeb, které reflektuje, jak píše Vávrová (2010) individuální potřeby člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí. To znamená, že sociální služba migruje ke klientovi na rozdíl od doby, kdy se klient stěhoval za službou. Stěhování za službou způsobilo, že klient postupně přetrhal všechny fungující sociální vazby. Deinstitucionalizace je obvykle složitý a zdlouhavý proces.

V sociální práci je deinstitucionalizace spojena se změnou přístupu k práci s klientem, mezi jejíž teoretická východiska patří zejména přístup orientovaný na člověka. Podle Kubalčikové (ed. Matoušek, 2013) zkušenosti odborníků z praxe, vědců a především samotných lidí, kteří využívají sociální služby, jednoznačně dokládají pozitivní efekty

podpory neústavních forem pomoci a zásadní význam deinstiucionalizace pro začlenění do běžného života.

### **3.3 Jistoty a rizika domova pro osoby se zdravotním postižením**

V této podkapitole se zaměřím na jistoty a rizika, která se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Domovy pro osoby se zdravotním postižením zřizují obvykle komplexní péči pro uživatele - zdravotní, edukační, rehabilitační i terapeutickou. Lečbych (2008) píše, že komplexní péče, kterou domovy poskytují, je současně jejich největší výhodou i slabinou, při které hrozí řada rizik. Komplex služeb, které domov nabízí, vnímám rozporuplně. Domnívám se, že komplex služeb se má posuzovat individuálně podle konkrétních schopností klienta.

Jistoty a rizika, která se objevují v domovech pro osoby se zdravotním postižením, čerpám z literatury. Na tato rizika a jistoty se ptám v tazatelských otázkách jednotlivých pracovníků.

#### **3.3.1 Jistoty domova pro osoby se zdravotním postižením**

V literatuře jsem našla pouze tři jistoty, které se vyskytují v domově. Myslím si, že nejdůležitější jistota, která se v domově nachází je, že domov poskytuje péči pro lidi s těžkým a hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením, u kterých se projevuje demence a tím pádem se zhoršuje zdravotní stav.

#### **Péče o lidi s hlubokým mentálním postižením a lidí seniorského věku s mentálním postižením**

Matoušek (1995) nesdílí představu, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou přežitkem, protože pro některé lidi je tato služba jedinou možností umožňující důstojnou existenci (např. pro lidi s hlubokým mentálním postižením, lidé seniorského věku s mentálním postižením). Vágnerová (2008) shodně dodává, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou vhodné pro závažnější postižení, respektive pro jedince s hlubokým mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením začínají v seniorském věku trpět demencí, konkrétně Alzheimerovou chorobou, pro tyto osoby není připravena dosud žádná jiná služba než domovy pro osoby se zdravotním postižením.

### **Domovy poskytují komplex služeb**

Dle Matouška (2013) je hlavní výhodou domovů pro osoby se zdravotním postižením možnost poskytovat komplex služeb v potřebném rozsahu a kvalitě na jednom místě. Hlavní funkcí v domovech pro osoby se zdravotním postižením je podle Goldmanna (1999) podpora a péče. Podle Mandzákové (2013) mají domovy pro osoby se zdravotním postižením v oblasti péče dosud nezastupitelné poslání a plní úlohu, na niž není v současnosti připravená žádná jiná instituce nebo subjekt. Na tom nic nemění ani skutečnost, že péče v těchto zařízeních je do značné míry nehumánní, působí represivně, segregáčně a dochází v nich k omezování či nenaplnování základních práv a svobod klientů. Švarcová (2003) má stejný názor, tvrdí, že domovy pro osoby se zdravotním postižením mají velmi důležité poslání a plní úkoly, na jejichž plnění není v současné době připravena jiná sociální služba.

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením jako poslední možnost sociální služby**

Domov pro osoby se zdravotním postižením by měl být využíván podle Matouška (2013) v případě, kdy člověk s mentálním postižením není objektivně schopen žít plně samostatně, to znamená, že nedokáže naplnovat své potřeby bez podpory. Řešení ve formě života v pobytovém zařízení se pak vzhledem ke všem okolnostem, jako jsou možnosti rodiny, dostupnost jiných sociálních služeb, může ukázat jako jediná možnost. Stejný názor má i Novosad (2009), který píše, že cílovou skupinou jsou osoby, které nejsou schopny zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí a jejich situaci není možné řešit pomocí rodiny ani využitím terénních sociálních služeb.

### **3.3.2 Rizika domovů pro osoby se zdravotním postižením**

V literatuře se objevuje mnoho rizik, které se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Vybrala jsem ta rizika, která se vyskytují nejčastěji. V domově vnímám mnoho rizik. Konkrétně nepřírozené prostředí odtržené od běžné reality, omezené soukromí klientů, hospitalismus, pracovníkovu moc, stereotypní prostředí, nedostatek vztahů s okolím a ponorkovou nemoc.

### **Pracovníci domova tvrdí, že neporušují práva svých klientů**

Podle Jůna (2010) je důležité si uvědomit, že u lidí s těžšími stupni mentálního postižení budou jejich práva omezována vždy (i při ideálně poskytované sociální službě) a

naším úkolem je snažit se, aby tato omezení byla vždy minimální. Musíme si zároveň tato omezení uvědomovat a vědět, že omezování práv je vždy špatné (i když je konáno v dobré víře a ve stávající situaci ani nemůžeme třeba jinak). Jakmile si budeme namlouvat, že omezování práv klientů je dobré, začneme omezovat jejich práva více, než je potřebné. V některých domovech se porušují práva například právo vybrat si, kdy a co chci jíst, jít ven, kdy se klientovi chce. Zároveň také klientům každodenně upíráme jejich lidské povinnosti (např. povinnost uvařit si jídlo).

Tato omezení plynou z pěti důvodů: jednak z handicapu uživatele, dále problémového chování uživatele, také z ekonomické možnosti státu, ve kterém uživatel žije, a z toho plynoucí provozní možnosti konkrétního zařízení, dále z uniformizace životů klientů s cílem zjednodušit fungování organizace a nakonec z představy personálu, že jedná „v dobré víře vždy v zájmu uživatele“.

Podle Jůna (2010) existuje totiž vždy aktuální hranice omezování osobních svobod, kterou musíme v našich službách stále měnit tak, abychom zaručili maximálně možné naplnění lidských práv u konkrétních klientů. Rozdíl mezi situací mezi Českou republikou a Evropou není v tom, že v Evropě by se neomezovaly práva například uživatelům s těžšími stupni mentálního postižení. Rozdíl je v míře, ve které se práva omezují.

### **Pracovníkova moc**

Pracovník má nad klientem moc. Vycházím z Úlehly (2007), který říká, že rozhodnutí vychází ze strany pracovníka, který určuje, že buď převezme kontrolu, nebo nabídne pomoc. Samotná volba leží na pracovníkovi, to znamená, že má velkou zodpovědnost. Kopřiva (1997) ve své knize píše, že klient je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje. Pracovník je do jisté míry mocný už tím, že pomáhá (nebo aspoň slibuje pomoc), aby málo mocný klient byl o něco mocnější. Obecně je moc pomáhajícího pracovníka větší při práci s osobami mentálně handicapovanými. Čím větší pravomoc pomáhající má, tím větší je tendence jeho protějšku k odstupu a nedůvěře. Mocenský systém vede k oboustranné manipulaci. Přebírá-li pomáhající kompetenci v některých sférách životní praxe klienta, může ho ochránit před újmou, ale může ho také zneschopňovat. Je zapotřebí, aby si pracovník projevy svého mocenského postavení uvědomoval.



## **Omezené nebo ztracené soukromí a z toho plynoucí ztráta osobní integrity**

Život v domově pro osoby se zdravotním postižením je podle Matouška (2013) neustále kontrolován, protože pracovníci poskytují službu 24 hodin. Většina jejich projevů je neustále pod kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat. Dle Vávrové (2010) veškeré činnosti uvnitř organizace probíhají za přítomnosti druhých osob, a to podle předem stanoveného časového harmonogramu a pod dohledem autorit. Člověku je zabráněno, aby své tělo, jednání a dokonce i myšlení mohl držet stranou kontaktu s cizími osobami a věcmi. Nikdy není zcela sám, vždy je buď přímo vystaven pohledům druhých, anebo nemůže tuto možnost alespoň vyloučit. Klient je nucen přizpůsobovat se programu, chodu domova ale také potřebám ostatních klientů. Domovy pro osoby se zdravotním postižením dle Matouška (1995) v nestejně míře omezují klientovo soukromí. Existují velké rozdíly v jednotlivých zařízeních, co se týká kvality poskytovaných služeb. Na jedné straně stojí moderní zařízení s jednolůžkovými pokoji, na druhé straně pak velká, někdy i nekoedukovaná zařízení. Čadilová (2007) ve své knize uvádí, že v některých domovech žijí lidé v místnostech po třech a více osobách. Skříň s osobním oblečením mívají zamčené a není možné uzamknout si pokoj. Někde si nemohou vybrat spoluobyvatele. Podle Novosada (2009), pokud není možné velké pokoje přeměnit na jedno či dvoulůžkové, je třeba v domovech pro osoby se zdravotním postižením citlivě rozvolnit program a vytvořit útulné menší prostory, v nichž by mohl klient být podle svých potřeb sám nebo se svými blízkými. Často si podle Čadilové (2007) neuvědomujeme, že pokoj klientů je jejich bytem. Soukromí každého člověka tvoří mimo jiné i osobní věci, k nimž má člověk citový vztah. Klientům by mělo být umožněné mít své osobní věci na pokoji, jako například knihy, obrázky, drobnosti, které jim někdo daroval, jsou pro ně osobně důležité a tvoří ostrůvek jejich soukromí v jinak veřejném prostoru. Toalety a sprchy bývají často společné pro celé patro, není možné zavřít se na toaletě. Klientovi by mělo být umožněno, aby osobní hygienu vykonával sám, dovolují-li mu to jeho schopnosti, a to i za cenu, že mu to bude trvat dlouho. Novosad (2009) píše, že klientovi dává pocit soukromí nejen to, s kým může (případně musí) sdílet místnost, ale i pravidlo určující, kdo jiný a za jakých okolností do místnosti může vstupovat. V naprosté většině našich ústavů personál neklepe na dveře, když vstupuje do místnosti obývaných klienty.

Můžeme si položit otázku, jaké radosti si každý z nás ve svém každodenním životě dopřává, podle chuti v čase a množství, které je nám příjemné a zároveň finančně dostupné? A kolik z výše jmenovaných požitků si mohou dovolit lidé žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením? A kolik z nich je jim skutečně umožněno? Často jediným požitkem

lidí žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením je jídlo. Ale i toho se jim dostává v přesně daném čase a chybí zde možnost přístupu k jídlu, kdykoliv má uživatel hlad a volného výběru jídla, protože pracovníci rozhodují, zda je jídlo zdravé či nikoliv. Klienta může omezit k přístupu k jeho požitkům (např. káva, cigarety...) jen finanční stav. Do osobní svobody podle Jůna (2010) patří rozhodování o tom, co budu a kdy jíst, svoboda pohybu, svoboda myšlení a svoboda slova, svoboda rozhodnout se žít z osobního pohledu sice kvalitně, ale nezdravě (cigarety, káva, alkohol, čokoláda), svoboda volby partnera a známých, svoboda jít na toaletu, kdy chci, svoboda místa bydlení.

### **Riziko hospitalismu**

Hlavní nevýhoda domovů pro osoby se zdravotním postižením je dle Matouška (2013) a Lečbycha (2008) označovaná jako hospitalismus, teda adaptace na život v ústavním prostředí, která je spojená se snižující se schopností uživatele obstát v prostředí neústavním. Neboli hospitalismus je „...stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní život...“ (Matoušek, 1995, s. 107) Hospitalismus souvisí s odkázaností na péči druhé osoby, života v separovaném prostředí, podnětové stereotypie. V domovech pro osoby se zdravotním postižením mívá, jak uvádí Matoušek (1995), klient plné zaopatření, někdo pro něj vaří, uklízí, někdo se stará o jeho finance, někdo organizuje práci, někdo vytváří příležitosti k mimopracovním aktivitám, někdo mu pere, někdo žehlí, někdo obstarává předměty potřebné k životu. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel domova a obvykle nepočetnou skupinou pracovníků. Pohybuje se v omezeném prostoru domova a jeho blízkého okolí. Podle Muhlpackra (2001) je pro klienta snazší orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním nepřehledném vnějším světě. Následky hospitalismu jsou dle Matouška (1995) ve ztrácejícím se zájmu o lidi a svět, zhoršování schopnosti komunikovat, agresí čili návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby... Dle Goldmanna (1999) klient zredukuje svoje nároky, stává se pasivním, jen na sebe soustředěným, často hypochondrickým s očividnou snahou udržet se v ústavní péči. Vanier (b, 2008) píše, že se v komunitním bydlení Archa se setkal s mnoha klienty, kteří prožili mnoho let v institucích, kde v prostředí určité anonymity a přísné disciplíny trpěli klienti hospitalismem. V důsledku toho nejsou schopni žít v rodinném prostředí, kde mají svobodu a stále se musejí rozhodovat. Mají raději strukturovanější život, který je méně ohrožuje.

## **Riziko sexuality**

Byly a v dnešní době jsou některé domovy pro osoby se zdravotním postižením určeny pro ženy, jiné pouze pro muže. Samozřejmě se považuje za vhodnější a mnohem přirozenější způsob života, žijí-li obě pohlaví společně. Svůj vliv má podle Mandzákové (2013) i prostředí, v němž se klienti nacházejí (koedukovanost, počet klientů obývajících jeden pokoj apod.), stejně jako možnost vzájemně se setkávat apod.. Podle Matouška (1995) lidé žijící v domovech pro osoby s mentálním postižením nepřestávají být pohlavně cítícími lidmi. Dle Švarcové (2003), se obavy z problémů sexuální povahy v praxi ukázaly jako neopodstatněné. Vanier (b, 2008) píše, že společné soužití působí celkově velmi pozitivně, přináší pokoj a soulad a pomáhá většině klientů integrovat jejich sexuální nutkání. Často, kde v domovech jsou pouze muži a ženy, je více agrese. Smíšené domovy jsou lidštější. Zdá se, že lidé jsou v nich vůči sobě laskavější a citlivější.

Mandzáková (2013) píše, že zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením mnohdy nevědí, jak mají ke klientovi a k jeho sexuálním potřebám přistupovat, jak vysvětlit záležitosti spojené se sexuálním životem. Z těchto důvodů má sexuální výchova místo při odborné přípravě zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením.

V dřívějších dobách se lidé s mentálním postižením sterilizovali. Sterilizace byla podle Mandzákové (2013) ve 30 letech 20. století i později nejlepší způsob řízení kontroly porodů u lidí s mentálním postižením. Dalším etickým tématem je tlumení sexuálních projevů medikamenty. Ukazuje se, že osoby s mentálním postižením často užívají léky, které nepotřebují a jejichž množství se dá po poradě s lékařem redukovat. Většinou to jsou léky tlumící.

Podle Lečbycha (2008) si dospělí lidé často stěžují na nedostatek vztahů, zejména partnerských a kamarádkých, chybí jim při trávení volného času radost, protože jej nemají s kým sdílet.

## **Zaměstnanci, riziko byrokratizace a stereotypu**

Domov pro osoby se zdravotním postižením je zvláštní fenomén, protože zaměstnanci v domově tráví určitou část dne a poté se vrací do svých domovů, kdežto pro klienty je domov pro osoby s mentálním postižením většinou trvalou náhradou domova. Tento rozdíl se projevuje dle Matouška (1995) v tom, že zaměstnanci považují klienty za objekt své práce, ale klienti chtějí samozřejmě být individuálními subjekty. Vanier (b, 2008) píše, že nejhlubší touhou každého člověka je vytvořit s druhými lidmi vztahy a žít s nimi jako v rodině. Nechtějí

žít s profesionály, kteří jsou (nehledě na jejich laskavost a schopnosti) placeni za své odpracované hodiny a pak odcházejí. Přejí si žít s druhými ve skutečně přátelských vztazích.

Značné riziko podle Goldmanna (1999) a Zimmermanové (2009/2010) je i pro personál, který bývá ohrožen syndromem vyhoření, který se vyznačuje psychickou zátěží a špatnou prognózou.

Některé domovy, jako každá organizace mají tendenci k byrokratizaci, která přináší množství pravidel. Goldmann (1999) píše, že se tato nepotřebná pravidla povyšují nad zájmy klientů.

Ve většině času lidé s mentálním postižením, žijící v domovech pro osoby se zdravotním postižením, dělají všichni totéž. Většinou je rytmus dne určován předepsaným programem, podle kterého klienti vstávají, uklízejí, stravují se, pracují, odpočívají, vzdělávají se, sledují televizi a chodí spát. Samozřejmě to neplatí pro všechny domovy. Podle Pokorné (2007) by mělo být cílem co nejvíce minimalizovat nudu a nicnedělání, což bude pro klienty užitečné. Líbí se mi názor Goldmanna (1999), že domovy pro osoby se zdravotním postižením nemají pouze udržovat své klienty při životě (i když to je někde nesnadno dosahovaný cíl), ale mají maximálně podporovat kvalitu klientova života. Co je kvalitou však nemůže apriori stanovit personál, ale jen klient sám ví, co pro něj představuje hodnotu a co ne.

### **Náročné požadavky života ve skupině a ponorková nemoc**

Život ve skupině klade vysoké nároky na sociální schopnosti. Často jde, jak píše Bednář (2012), o nucené sdílení malého prostoru s lidmi, které si člověk vybrat nemohl. Člověk žijící v domově 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. Většinou není čas na řešení těchto problémů a ne vždy se jedná v zájmu uživatele (příliš mnoho klientů). Pörtner (2009) píše, že se vyskytuje paradox, o kterém se příliš nepíše. Lidé s mentálním postižením jsou považováni za postižené a omezené ve svých schopnostech, zejména schopnostech sociálních a přitom se od nich vyžadují enormní výkony co do přizpůsobování, ohleduplnosti a porozumění ve vzájemném soužití. Výkony, jaké by v takovém rozsahu obvykle nebyli připraveni podávat ani „normální lidé“.

Ponorková nemoc vzniká podle Muhlpaehra (2001) a Goldmanna (1999) v uzavřených domovech pro osoby se zdravotním postižením a ve stereotypním prostředí. Stereotyp, ze kterého není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými,

agresivními. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Dle Matouška (1995) v chování přibývá obranných prvků, ubývá očních kontaktů mezi nimi, zvyšuje se význam osobního teritoria, které je prožíváno jako poslední zbytek soukromí a je velmi intenzivně bráněné před průnikem ostatních.

### **3.4 Přebírání kontroly a nabízení pomoci**

Tato podkapitola se zabývá přebíráním kontroly a nabízením pomoci. Bobek (2008) píše, že v odborné literatuře jsou používány pro direktivní a nedirektivní přístup převzaté termíny kontrola a pomoc. Z tohoto důvodu budu direktivnímu přístupu říkat kontrola, protože pracovník klienta kontroluje (nese odpovědnost), kdežto nedirektivní partnerský přístup budu nazývat pomocí, při ní si klient na sebe převzal odpovědnost a pracovník klientovi pomáhá v jeho úsilí. Direktivnímu přístupu rozumím jako synonymu ke kontrole a nedirektivní přístup vnímám jako synonymum k pomoci.

#### **3.4.1 Pomoc a kontrola**

V profesionálním pojetí sociální práce jsou kontrola a pomoc dle Janebové (ed. Matoušek, 2013) chápány jako základní role sociální práce. Balancování mezi kontrolou a pomocí je uváděno jako specifický znak sociální práce, jímž se liší od jiných pomáhajících profesí. Janebová (ed. Matoušek, 2013) píše, že sociální práce je ze své profesní podstaty ambivalentní profesí, jejímž posláním je vykonávat jak pomoc, tak kontrolu. Na jedné straně mají být sociální pracovníci spjati s klienty, jejich zájmy a potřebami, na druhé straně jsou odpovědni společnosti, jejímž jsou nástrojem a jejíž hodnoty a normy mají pomáhat ve společnosti prosazovat. Výkonu kontroly se nelze v profesionálním pojetí sociální práce vzdát, protože cílem sociální práce je připojovat klienty k řádu.

Úlehla (2007) ve své knize píše, že cokoli, co pracovník v rámci své profese udělá, patří do jedné, nebo druhé kategorie: buď klientovi pomáhá, nebo jej kontroluje. Oba přístupy patří do výbavy pracovníka, obojí je potřebné a má své místo, obojí jsou profesionální způsoby práce a obojí se vyskytuje v průběhu rozhovoru s klientem. Úlehla (2007) si v žádném případě nemyslí, že by kontrola byla horší či lepší než pomoc. Tvrdí, že jde o dvě různé činnosti a že pro pracovníka je užitečné umět mezi nabízením pomoci a přebíráním kontroly rozlišovat, třeba jen proto, aby si nenamlouval, že pomáhá, když kontroluje. Je to důležité i podle Janebové (ed. Matoušek, 2013) z toho důvodu, aby sociální pracovník

legitimizoval své postupy, které jsou nezbytné v případě kontrolního způsobu práce, protože sociální pracovníci by měli být schopni a ochotni odůvodňovat své postupy.

Úlehla (2007) říká, že aby pracovník přesně věděl, kdy může mluvit o pomoci, potřebuje ji chápat jako výsledek vzájemné interakce s klientem, která splňuje následující kroky. Prvním krokem je klientova objednávka, to znamená přání. Druhým krokem je pracovníkova nabídka. Tou si pracovník otevírá příležitost nabídnout pomoc. Je to jeho odpověď na objednávku. Tedy nabídka pomoci vycházející vstříc hledání pomoci. Tyto kroky se opakují ve sledu, kterému říkáme dojednávání či nabízení pomoci. Klient s pracovníkem se domluví na společné práci, jejím cíli a cestě, jak jej dosáhnout. Pomoc pak je dojednaný způsob společné práce, kterou si klient přeje, pracovník ji nabídl a klient zvolil. V případě přebírání kontroly je prvním a rozhodujícím krokem, který určí, že jde o kontrolu, krok toho, kdo se rozhodl postarat se na základě své domněnky, že druhý právě toto potřebuje. To znamená sledovat „jiné zájmy“ než výslovnou a rozhovorem ověřenou klientovu objednávku. Jinak řečeno jedná dle svého uvážení nehledě na klientova přání. Pracovník musí umět obojí. Podmínkou je, aby byl schopen jasně rozlišit, kterou z obou variant právě zvolil. Podle Kopřivy (1997), jestliže pracovníkovo jednání je odpovědí na klientovu objednávku, je pomocí. Veškeré jednání pracovníka, které není klientem výslovně vyžádáno, je kontrolou. Úlehla (2007) nabízí rozlišení, zda pracovník poskytuje pomoc nebo kontrolu, pomocí principu držitele problému. Zjednodušeně. Pokud je držitelem problému klient, pracovník poskytuje pomoc. Pokud je držitelem problému pracovník, tak pracovník přebírá kontrolu. Podobně jako Úlehla, Bobek (2008) spatřuje hlavní rozdíl mezi pomocí a kontrolou v tom, kdo nese odpovědnost. Při pomoci nese odpovědnost klient, při kontrole pracovník.

Bobek (2008) charakterizuje kontrolu jako postoj: já jsem expert a přebírám za tebe odpovědnost. Myslím a rozhoduji za tebe, co je pro tebe dobré a jaký máš být. Charakterizuje je vztah nadřízenosti a podřízenosti. Je v mnoha z nás tak zakořeněný, že i když teoreticky sympatizujeme s nedirektivním chováním, v praxi máme stále tendence sklouzávat k direktivnímu a najdeme si pro to ospravedlnění. Slabinou tohoto způsobu jednání je, že druzí v našem okolí pak nemají příležitost vyrůst a skutečně nám pak často dokazují, že na to opravdu nemají.

Ale na druhou stranu Bobek (2008) namítá, že tento přístup má také své opodstatnění, například když opravdu nemůžeme svoji odpovědnost nikomu předat, máme-li skutečně výrazně více informací nebo kompetencí než protistrana, v případně v krizových situacích či pod časovým tlakem. Janebová (ed. Matoušek, 2013) doplňuje situace, kdy jsou vhodné

užívat direktivní přístupy (kontrolu). Jsou to situace, kdy hrozí riziko z prodlení (je ohrožen klient či jiná osoba), kdy je klient v akutní krizi nebo je nekompetentní učinit dobrou volbu při řešení svého problému. Ještě Kopřiva (1997) dodává, jestliže klient chce to, co sám považuje za správné, ještě slyšet od autority. Dále jestliže klient má tak nízkou inteligenci, že nedirektivní přístup nemá smysl a je-li klient v kritickém duševním stavu (panika, silná deprese, zmatenost). Kontrola má dle Janebové (ed. Matoušek, 2013) výhody takové, že je rychlá, má menší nároky na energii pracovníka a je efektivní z krátkodobého hlediska. Její nevýhodou je nižší pravděpodobnost dlouhodobého a trvalého efektu intervence a možný důsledek v narušení vztahu sociálního pracovníka a klienta. Podle Kopřivy (1997) musíme zvážit i okolnost, že začneme-li vystupovat direktivně, bude s klientem těžší později pracovat nedirektivně, protože klient bude mít tendenci vidět v nás autoritu. Je zřejmé, že kontrola je rychlá, rychlejší než dojednávání. To může být v mnoha případech rozhodujícím důvodem pro její volbu. Nedostatek času je nejčastějším důvodem pro použití kontroly, ale také nejčastější výmluvou pro její zneužití. Kontrola je obvykle provedena velmi rychle, ale pak se dlouho vyjasňuje, k čemu byla a dlouho se to dává do pořádku. Janebová (ed. Matoušek, 2013) píše, že aby byl výkon kontroly legitimní, měli by sociální pracovníci uvážlivě posoudit konkrétní životní situaci klientů v kontextu jejich sociálního prostředí.

Pomoc naopak Bobek (2008) charakterizuje jako: respektuji, že ty jsi expert sám na sebe a ponechávám ti tvou odpovědnost. Je vlastně vyjádřením partnerského přístupu. Jeho podstatou je důvěra ve schopnosti a zdroje druhých. Pomoc je užitečná, respektující a příjemná, protože je založena na spolupráci rovnocenných. Pomoc je nepřetržitým zvaním druhého k dialogu. Z hlediska klienta je nabízení pomoci přizváním ke spolupráci rovných, přebírání kontroly je posunutím do podřízené pozice. Kopřiva (1997) píše, že chceme-li dosáhnout trvalé kvalitativní změny, je účinnější nedirektivní postup (tj. pomoc) a na nedirektivní přístup je potřeba mít čas a sílu. Z hlediska pracovníka je rozlišení pomoci a kontroly zásadní tím, že nelze obojí dělat současně. Dle Úlehly (2007) nelze zjednodušeně říci, že kontrola je nežádoucí a pomoc to pravé. Obojí jsou potřebné a užívané způsoby interakce. Bobek (2008) má zkušenost, že mnoho lidí sympatizuje s nedirektivním principem, ale někdy trvá i déle než rok, než nejen pracovníci, zvládnou aktivně setrvat v nedirektivním přístupu a zvládnou své hluboce zakořeněné direktivní zvyky nahradit skutečně nedirektivním chováním.

Kopřiva (1997) rozlišuje čtyři typy intervence. Volbou typu intervence přispíváme k určení míry moci, kterou přebíráme v pomáhajícím vztahu. Direktivním typem intervence je

instrukce (příkaz, zákaz, doporučení, rada). Menší potenciál direktivity má v sobě komentář, dále kladení otázek a posledním typem je rezonance (naslouchání). Pomoc a kontrolu dle Úlehly (2005) lze uskutečnit osmi profesionálními způsoby práce. Profesionální způsoby kontroly je: opatrování, dozor, přesvědčování, vyjasňování. Profesionální způsoby pomoci je: doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapie.

### **3.4.2 Hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou**

Jun (2010) píše, že jediné faktory, které mohou zdravého člověka omezit ve svobodě, je jeho fyzický věk a finanční stránka. Demonstruje to na příkladu, že první měsíce života člověka se dítě nemůže vůbec pohybovat a je plně odkázané na druhé. Kolem prvního roku života se začíná samostatně pohybovat v prostoru, ale je pod stálým dohledem. V dalších měsících zvládne samostatnou chůzi, přesto však nemůže odejít sám ven, i když chodit již umí. Toto omezení plyne z jeho fyzického věku. Uměl by tedy sám odejít, ale z důvodu fyzického věku by šlo o nepřiměřené riziko. Postupem času začne chodit sám po známém prostředí venku. V dalších letech získá člověk takové dovednosti, že je schopen s přiměřeným rizikem chodit nejen ve svém známém prostředí, ale i v prostředí neznámém. Výraznou svobodu získá člověk získáním řidičského průkazu. U mnoha lidí s mentálním postižením se však nedostaneme k nulovému dohledu, kvůli jejich handicapu. Čím bude u uživatele těžší stupeň mentálního postižení, tím bude větší omezení svobody pohybu uživatele i větší potřebná míra dohledu pracovníků. Dle Juna (2010) je nereálné očekávat, že nemusíme omezovat v pohybu člověka s těžkým mentálním postižením. Pokud by mohl člověk s těžkým mentálním postižením kdykoli odejít ze sociální služby, a to i bez dohledu pracovníků, budou se jako zaměstnanci chovat nezodpovědně. V tomto případě jsou oba extrémy špatně, a to jak úplná volnost, tak i úplné uzamčení uživatele v domově. Musíme hledat přiměřené riziko, kdy neomezujeme klienta, ale zároveň ho také neohrožujeme. Hledání této hranice je stálým úkolem pracovníků. Často se stává, že vedení i rodinní příslušníci klienta chtějí za každou cenu zajistit bezpečí klienta. Tento mýtus vychází z chybného pochopení vztahu ochrany a samostatnosti.

Riziko je součástí každodenního života člověka. Každá příležitost obsahuje riziko. Slovo riziko na mnohé z nás působí tradičně negativně, většinou nás napadají situace jako je: úraz, strach, nebezpečí, komplikace, nedosažení požadovaného výsledku, zhoršení současného stavu. Těmto situacím se snažíme přirozeně vyhnout. Na druhé straně, riziko má i svoji pozitivní stránku. Jedná se o posun (osobních hranic, v kompetencích aj), dosažení



úspěchu, pozitivní změnu, adrenalin, radost, zkušenost, sebevědomí, samostatnost... Riziko podle Hrabánkové (2008) můžeme vnímat jako vztah mezi mírou následků (tj. co se může stát a nakolik to bude závažné) a pravděpodobností, že riziko nastane. U rizik je nutné mít na paměti míru: svobody/kontroly (míru svobody klienta a míru kontroly ze strany pracovníka). Snižováním míry kontroly zvyšujeme míru svobody. U lidí s mentálním postižením je potřeba citlivě zvážit, jak velkou míru svobody jim můžeme poskytnout, abychom je neomezovali na jejich právech, nebo je naopak nevystavovali nepřiměřenému riziku. Je stále nutné hledat rovnováhu. Posouzení situace musí být individualizované, to znamená, co je bezpečné pro jednoho člověka, nemusí být bezpečné pro druhého. Cílem práce s rizikem je najít pro konkrétního člověka přiměřený stupeň podpory a jednat v jeho nejlepším zájmu. Dle Kopřivy (1997) jen každý sám ví, co je pro něj dobré. Nemůžeme nikomu vnučovat něco, co pro něj nemá žádnou přitažlivost, nebo něco, na co se necítí způsobilý ani zkoušet.

V této kapitole jsem nejprve definovala a charakterizovala domov pro osoby se zdravotním postižením. Zmínila jsem různé názory na domovy. Popsala nové přístupy, které se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dále uvedla rizika a jistoty, které se vyskytují v domovech. Nakonec jsem se zaměřila na přebírání kontroly nad klientem a nabízení pomoci klientovi v domovech pro osoby se zdravotním postižením a hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou. Myslím si, že rovnováha se nachází v individuálním přístupu ke každému člověku, žijícím v domově pro osoby se zdravotně postižením.

## **4 Rozhodování pracovníka v zařízení domova pro osoby se zdravotním postižením pro pomoc a kontrolu**

Během své praxe jsem zpozorovala, že pracovník v domově pro osoby se zdravotním postižením má moc. Zaměstnanec domova má moc z toho důvodu, protože on se rozhoduje, zda nabídne pomoc nebo převezme kontrolu nad klientem s mentálním postižením. Nejen tu moc vnímám v domově pro osoby se zdravotním postižením jako riziko pro klienta, ale dále například omezené soukromí, hospitalismus, ponorkovou nemoc... Na druhou stranu se domnívám, že v domově se vyskytují i některé jistoty pro klienta.

### **4.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumného šetření**

Cílem empirického šetření je zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu u klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytují rizika a jistoty.

#### **DC I. Zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec rozhoduje pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům žijícím v domově pro osoby se zdravotním postižením.**

DC I. 1. Zjistit od zaměstnanců v jakých situacích se rozhodují pro pomoc a jaké vnímají přínosy a rizika nabízení pomoci.

DC I. 2. Zjistit od zaměstnanců v jakých situacích se rozhodují pro kontrolu a jaké vnímají přínosy a rizika přebírání kontroly.

DC I. 3. Sebereflexe pracovníka při volbě pomoci a kontroly.

#### **DC. II. Zjistit, jaká rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením.**

DC II. 1. Zjistit od zaměstnanců, která rizika se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením (ohledně práva uživatelů, soukromí, samostatnosti, stereotypu, partnerské vztahy, napětí, syndrom vyhoření).

#### **DC. III. Zjistit, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením?**

DC III. 1. Zjistit od zaměstnanců, které jistoty se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením (ohledně komplexu péče, péče o osoby s hlubokým mentálním postižením a lidmi senior).

## 4.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

TAB. 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Informant	Technika	Tazatelské otázky
Jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu u klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále také DOZP), kde se vyskytují rizika a jistoty.	DC. I. Zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec rozhoduje pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům v DOZP	Zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením	Rozhovor	TO.1. V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?
				TO.2. Jaké jsou přínosy a rizika nedirektivního přístupu? (nabízet pomoc)?
				TO.3. V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?
				TO.4. Jaké jsou přínosy a rizika direktivního přístupu? (přebírat kontrolu).
				TO.5. Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?
				TO.6. Jaký model přirozeně preferujete?
				TO.7. K jakému modelu se přiklání organizace, ve které pracujete?
	DC. II. Zjistit, jaká rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením.			TO.8. Jaká rizika související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?
				TO.9. Domníváte se, že jsou ve vašem domově porušována práva uživatelů služby? Pokud ano, uveďte konkrétně.
				TO.10. Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?
				TO.11. Jsou uživatelé motivováni a mají prostor pro samostatnost (otázka se týká hospitalismu)?
				TO.12. Mají uživatelé ve vašem domově svobodu vytvářet partnerské vztahy, eventuálně soužití?
				TO.13. Jak vnímáte stereotyp, který se vyskytuje ve vašem domově?
				TO.14. Jakým způsobem zmírňujete napětí, které vzniká díky společnému soužití?

				TO.15. Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?
	DC. III. Zjistit, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením?			TO.16. Jaké jistoty související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?
				TO.17. Myslíte si, že komplex péče, které domovy poskytují, je výhoda nebo slabina pro uživatele?
				TO.18. Domníváte, že jsou jiné sociální služby, které jsou připraveny převzít podporu a péči osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením?

Pramen: vlastní

### 4.3 Metody a techniky výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum. Cílem kvalitativního výzkumu je dle Gavory (2010) porozumět lidem a událostem v jejich životě a podle něho neexistuje jediný uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum. Dle Hendla (2008) se kvalitativnímu výzkumu vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Výhrady jsou také pro jeho neprůhlednost, malou transparentnost, nestrukturovaný charakter a pružnost. Pružnost znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků. Kvalitativní výzkumník pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, proto vznikají obtíže se zobecnováním výsledků. Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případu. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů. Sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace, proč se daný fenomén objevil.

Obecná výzkumná metoda je metoda teoreticko-empirická. Při zpracování tématu je využita metoda indukce, analýzy a syntézy. Indukce je dle Švaříčka (2007) typ úsudku a metoda zkoumání, kdy se z jedinečných výroků usuzuje na obecný závěr, postup od zvláštního k obecnému. U kvalitativních výzkumů převládá induktivní postup. Analýza (rozklad, rozčlenění) je jedna ze základních metod poznání objektů. Je postupem, jímž se zkoumaný jev rozkládá na jednotlivé části a zjišťují se vzájemné vztahy mezi prvky celku navzájem a mezi každým prvkem a celkem. Syntéza (sklad, složení). Skladebný postup směřující ke shrnujícím poznatkům. Většinou analýza je spojena se syntézou. Dílčí poznatky, které jsme získali metodou analýzy, bývají syntetizovány v ucelenější komplexy.

Klíčová technika použita v empirickém šetření je rozhovor (interview). Cílem rozhovoru je dle Gavory (2010) zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe, proto u interview hlavně hovoří zkoumaná osoba. Naopak výzkumník poslouchá více, než hovoří a projevuje o zkoumanou osobu živý zájem. Švaříček (2007) píše, že rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru kvalitativních dat ve výzkumu. Používá se pro něj označení hloubkový rozhovor, který můžeme definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. Hloubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden z základních principů kvalitativního

výzkumu. Za jeden typ hloubkového rozhovoru můžeme označit polostrukturovaný rozhovor. Ve své knize Gavora (2010) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor je druh výzkumu, který je částečně připravený. Výzkumník má k dispozici rámcové otázky, ale nadržuje se jich pevně. Přizpůsobuje je podle vyvíjejícího se obsahu interview. Polostukturovaný rozhovor se dělá o něco snadněji než nestrukturovaný. Dle Hendla (2008) je vedení rozhovoru uměním a vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Je obvykle třeba učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu otázek, jejich formy i pořadí. Dále se musí uvážit možná délka rozhovoru. Zvláštní pozornost je nutné věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku dotazování je třeba prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem. Také zakončení rozhovoru je jeho důležitou součástí. Právě na konci rozhovoru nebo při loučení můžeme ještě získat důležité informace.

#### **4.4 Popis průběhu sběru dat**

V rámci své praxe využívám techniku pozorování. Zaregistrovala jsem, že domov pro osoby se zdravotním postižením je pro klienty velmi riziková sociální služba. Jako riziko vnímám v nedostatku soukromí, konkrétně že klienti nebydlí na jednolůžkových pokojích a na oddělení žije mnoho lidí. Myslím si, že více jak 5 klientů na jednu bytovou jednotku je mnoho. Dále jsem si všimla hospitalismu, kdy díky hotelovému pojetí služeb klienti nechtějí obstat v neústavním prostředí. Během své praxe řeším další riziko a zároveň otázku moci pracovníka, protože moc pomáhajícího je větší při práci s osobami s mentálním postižením. Domnívám se, že u lidí s mentálním postižením je potřeba zvážit jak velkou míru ochrany jim můžeme poskytnout, abychom je nevystavovali nepřiměřenému riziku, nebo naopak je neomezovali na jejich právech. Uvědomovat si toto dilema v každém okamžiku při setkání s klientem, zda mu nabízím pomoc, nebo přebírám za něho kontrolu. Na základě tohoto pozorování jsem ustanovila výzkumnou otázku.

Předvýzkumné empirické šetření jsem realizovala v měsíci prosinci roku 2014 až lednu roku 2015 v domově pro osoby se zdravotním postižením v Praze. Předvýzkumné šetření proběhlo se třemi pracovníky v sociálních službách a s vedoucím pracovníkem domova. Hlavní cíl byl jinak položený, zněl „Hlavním cílem empirického šetření je rozhodnutí volby pracovníka, zda poskytuje pomoc nebo kontrolu klientům, dále zjištění výhod, rizik direktivního, nedirektivního přístupu a výhod a rizik domova pro osoby se zdravotním postižením.“ V předvýzkumném šetření se vyskytovaly čtyři dílčí cíle a dvanáct tazatelských otázek. Čtvrtý dílčí cíl jsem v současném výzkumném šetření nepoužila, týkal se

nových přístupů k lidem s mentálním postižením. Zjistila jsem, že čtvrtý dílčí cíl nebyl srozumitelný pro tazatele. Současné výzkumné šetření jsem rozšířila o tazatelské otázky, které se týkají rizik a jistot, které se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Vybírala jsem ty rizika a jistoty, které jsem nacházela v literatuře a které mám zmíněné v teoretické části diplomové práce. Předvýzkumné empirické šetření mě ovlivnilo v tom, že jsem lépe položila hlavní cíl empirického šetření a srozumitelněji poskládala dílčí cíle a tazatelské otázky.

Samotné rozhovory pro empirické šetření jsem realizovala během měsíce srpna až října roku 2015 ve třech domovech pro osoby se zdravotním postižením v Praze.

První domov, ve kterém jsem uskutečnila výzkumné šetření, se jmenuje Domov svaté Rodiny (dále DsR). Domov svaté Rodiny je nestátní nezisková organizace se sídlem na Praze 6. Zřizovatel je Arcibiskupství pražské. Posláním domova je formou dostupné celoroční pobytové služby vytvářet důstojné, podnětné a láskyplné prostředí osobám s mentálním postižením s nabídkou běžných příležitostí k sociálnímu začleňování. Tuto péči poskytuje ve dvou domovech, na Petřinách a v Libotci. Výzkumné šetření jsem realizovala na Petřinách, kde žije 33 klientů. V domově na Petřinách jsme zaměstnaná třetím rokem. Během svého studia jsem absolvovala praxe v různých domovech pro osoby s mentálním postižením a jsem dlouholetým dobrovolníkem chráněného bydlení. Z tohoto důvodu si myslím, že i když jsem zaměstnancem domova pro osoby se zdravotním postižením, jsem schopna si zachovat odstup a kritické myšlení. Rozhovor jsem uskutečnila se sociální pracovnící a třemi pracovníky v sociálních službách. Pracovníky v přímé péči znám. Výběr pracovníků probíhal takovým způsobem, že jsem napsala všechny jména pracovníků v přímé péči a vylosovala jsem tři jména, se kterými jsem uskutečnila rozhovor. Tím jsem zajistila objektivitu ve výzkumném vzorku.

Druhý domov, ve kterém jsem realizovala výzkumné šetření, se jmenuje Domov pro osoby se zdravotním postižením Vlašská (dále Domov Vlašská) a sídlí na Praze 1. Zřizovatel domova je Magistrát hlavního města Prahy. V domově bydlí 15 klientů. Součástí domova je i centrum denních služeb. Domov Vlašská zajišťuje službu formou celoročního pobytu pro uživatele s mentálním postižením. Posláním služby je snaha o začlenění uživatelů do běžného společenského života. Nejprve jsem oslovila sociální pracovníci, se kterou jsem realizovala interviu. Sociální pracovníce dále oslovila pracovníky v sociálních službách. Uskutečnila jsem rozhovor s třemi pracovníky v sociálních službách, kteří byli ochotni se mnou uskutečnit rozhovor.

Poslední domov, ve kterém jsem uskutečňovala interview se jmenuje Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická (dále Domov Sulická), který sídlí na Praze 4 v Krči. Zřizovatelem je také Magistrát hlavního města Prahy. V domově bydlí 139 uživatelů. Oslovila jsem sociálního pracovníka a realizovala jsem s ním interview. Sociální pracovník dále oslovil pracovníky v přímé péči. Rozhovor jsem uskutečnila se třemi pracovníky v sociálních službách, kteří byli ochotni rozhovor uskutečnit.

Dříve než proběhl samotný rozhovor, bylo sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách představeno téma diplomové práce, podstata a účel. Dotazování byli ujistěni o anonymitě jejich osobních údajů a každý podepsal souhlas se zpracováním osobních údajů jen v rámci výzkumného šetření pro diplomovou práci. Rozhovor jsem zaznamenala na papír. Po dokončení rozhovoru jsem rozhovor doslovně přepsala do počítače. Každého dotazovaného jsem se zeptala, zda by chtěl přepsaný rozhovor poslat na svoji emailovou adresu a vyjádřit se k němu. Nabídku využili všichni kromě jednoho dotazovaného. Rozhovory jsem analyzovala pomocí kódování. Myslím tím, že jsem všechny odpovědi např. TO. 1. nashromáždila k sobě. Na základě více společných znaků jsem interpretovala odpovědi dotazovaných.

#### 4.5 Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření bylo realizováno mezi zaměstnanci Domova svaté Rodiny, v Domově Vlašská a v Domově Sulická. V každém z těchto domovů rozhovor proběhl se sociálním pracovníkem a třemi pracovníky v sociálních službách.

Celkem bylo osloveno dvanáct respondentů. Z každého domova čtyři zaměstnanci.

TAB. 2: Charakteristika dotazovaných

<b>Dotazovaný (zkratka)</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Praxe v soc. službách</b>	<b>Funkce</b>
I.1	Žena	27 let	Dis., Bc. sociální práce	1 rok	Sociální pracovníce v DsR
I.2	Žena	39 let	Bc. humanitní obor, psychoterapeutický výcvik	8 let	Pracovnice v soc. služ. v DsR



I.3	Žena	40 let	Středoškolské	10 let	Pracovnice v soc. služ. v DsR
I.4	Muž	38 let	Bc. sociální pedagogika	10 let	Pracovník v soc. služ. v DsR.
I.5	Žena	35 let	Mgr. sociální práce	8 let	Sociální pracovnice Vlašská
I.6	Žena	38 let	Mgr. sociální práce	13 let	Pracovnice v soc. služ. Vlašská
I.7	Žena	52 let	Středoškolské	10 let	Pracovnice v soc. služ. Vlašská
I.8	Žena	43 let	Bc. vychovatelství	12 let	Pracovnice v soc. služ. Vlašská
I.9	Muž	29 let	Mgr. filozofie	3 roky	Sociální pracovník Sulická
I.10	Muž	33 let	Středoškolské	6 měsíců	Pracovník v soc. služ. Sulická
I.11	Žena	21 let	Středoškolské	1 rok	Pracovnice v soc. služ. Sulická
I.12	Žena	43 let	Středoškolské	5 let	Pracovnice v soc. služ. Sulická

Pramen: vlastní

## 4.6 Analýza a interpretace dat

Hlavní výzkumnou otázkou je, jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytují rizika i jistoty.

***DC. I. Zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec rozhoduje pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům žijícím v domově pro osoby se zdravotním postižením.***

Tento dílčí cíl se zabývá tím, že zjišťuje od zaměstnanců domova, v jakých situacích se rozhodují pro pomoc nebo pro kontrolu a jaké vnímají přínosy a rizika nabízení pomoci nebo přebírání kontroly u klientů domova pro osoby se zdravotním postižením. Dále je zachycena sebereflexe pracovníka při volbě pomoci a kontroly.

**DC. I. 1. Zjistit od zaměstnanců v jakých situacích se rozhodují pro pomoc a jaké vnímají přínosy a rizika nabízení pomoci.**

Ke zjištění tohoto cíle byla použita otázka TO.1. a TO.2.

TO.1. V jakých situacích se rozhoduje pro nabízení pomoci (nedirektivní přístup)?

Nejvíce zaměstnanců uvedlo, že se rozhodují pro pomoc v situaci, pokud je klient schopen se rozhodovat, má dané dovednosti a zkušenosti. Uvedeno na příkladech: „Pro pomoc se rozhoduji v situacích, kdy je klient schopný se rozhodovat a dokázat za své rozhodnutí přijmout následky.“ (I.1), „Rozhoduji se pro pomoc, když klienta znám a uznám, že je toho schopen“ (I.2), „Rozhoduji se pro pomoc, když vím, jsem si jistá, že to ten klient umí“ (I.3), „V případě, že vím, že na to stačí“ (I.10) „Podle schopností a dovedností klienta vyhodnotím situaci“ (I.12).

Čtyři respondenti uvedli, že se snaží v co nejvíce situacích nabízet pomoc a přenechat iniciativu, rozhodnutí a zodpovědnost na klientovi. Například: „Primárně chci nabízet podporu ve všech situacích. Vycházím z toho, že člověk má právo se rozhodovat o svém životě.“ (I.1), „Snažím se ve všech situacích, ze všeho nejvíce.“ (I.7), „V maximálně situaci. Jsem pro koncept podporovaného rozhodování.“ (I.8)

Tři zaměstnanci řekli, že upřednostňují pomoc takovou, aby si klient uměl pomoci sám a vyřešil danou věc samostatně. Používají pomoc, aby si uživatelé uměli pomoci sami a tím rozvíjí jejich samostatnost „Největší pomoc je nepomáhat, aby si klient udělal co nejvíce věci sám.“ (I.8)

Tři pracovnice vnímají, jako dle Janebové, Kopřivy a Úlehly, že na nabízení pomoci je potřeba mít čas. „*Hodně nedirektivní přístup souvisí s časem. Nabízet pomoc stojí o hodně více času než kontrola.*“ (I.2), „*Když mám dostatek času. To je hlavní. Kdyby člověk nebyl tlačěn, tak se rozhoduje pro pomoc*“ (I.3) „*Nabízení pomoci je náročné pro pracovníka v ohledu nalézt čas. Kdy situace, problémy nemusíme vyřešit rychle a zakázku probrat.*“ (I.5).

#### TO.2. Jaké jsou přínosy a rizika nabízení pomoci (nedirektivního přístupu)?

U zaměstnanců domova jsem zjistila tyto **přínosy** pro uživatele, pokud pracovník uživateli nabízí pomoc.

Šest respondentů odpovědělo, že přínos pro klienta při nabízení pomoci je takový, že klient se rozhoduje sám za sebe, získá sebevědomí, cítí se volněji a je s pracovníkem na jedné lodi. Uvedeno na příkladech: „*Klientovi nabízení pomoci zvyšuje sebedůvěru, svobodu, učí se rozhodovat.*“ (I.1), „*Klienti jsou samostatnější. Atmosféra je pozitivnější, uvolněnější.*“ (I.4) „*Klient se cítí volněji a necítí se být tlačěn. Přínos je v partnerském přístupu, kdy pracovník tak klient jsou na jedné lodi. Klient získá nové schopnosti, větší sebedůvěru*“ (I.5) „*Klienti jsou samostatnější, sebevědomější.*“ (I.8) „*Klient se rozhoduje sám za sebe.*“ (I.11)

Čtyři pracovnice viděli přínos pro klienta v tom, že se rozhoduje a přijímá za své rozhodnutí zodpovědnost. „*Klient se rozhoduje.*“ (I.1, I.4, I.5) „*Je zodpovědný za svá rozhodnutí.*“ (I.7, I.5)

Jiní pracovnice vidí přínos v tom, že klient získává nové zkušenosti. „*Přínos vnímám v poznání, že si to klient může zkusit.*“ (I.6) „*Získává nové zkušenosti.*“ (I.7) „*Pro klienta je zkušenost, že se rozhoduje sám za sebe.*“ (I.11)

Dvě pracovnice přínos vnímají v tom, že se klient začlení do normálního života a žije jako každý z nás. Uvědomuje si realitu života a to ho povzbuzuje do dalších věcí.

U zaměstnanců domova jsem zjistila tato **rizika** pro uživatele, pokud pracovník uživateli nabízí pomoc.

Šest pracovníků vnímalo, že pokud se uživatel rozhoduje v situacích, kterým nerozumí, tak může ublížit sobě, svému okolí, přátelům a své ekonomické situaci. Na druhou stranu se z toho ponaučí a získá novou zkušenost. Zde záleží na míře, abychom uživatele na jedné straně neomezovali, na druhé straně nevystavovali nepřiměřenému riziku.

Tři pracovnice vnímají riziko v tom, že klient o nabízení pomoci nestojí, protože celý život prožil v ústavu. Pracovníci jim všechno diktovali a najednou někdo po nich chce, aby se rozhodovali. Je to úplně něco jiného. Klienti se neorientují v té svobodě, připadá jim to rozplzlé. Chtějí hlavně bezpečí. Berou kontrolu automaticky, protože si na ni zvykli. „*Klient*

*se nechce sám podílet na rozhodnutí.“ (I.5) „Někteří klienti uvítají, že se nemusí rozhodovat. Raději mají, když někdo rozhoduje za ně.“ (I.2)*

Tři zaměstnanci uvedli, že ke škodě klienta může být, když je míra svobody větší, než klient může unést. Když klientovi dovolím víc, tak mu tím neposkytnu podporu, ale můžu ho rozrušit. *„Je to psychická zátěž pro klienta, když možnost rozhodování není úměrná k jeho možnostem rozhodování. Riziko je v tom, pokud se klient rozhodne ve svůj neprospěch, protože tomu nerozumí. Není to o tom, nějak se rozhodni, ale učit se rozhodovat.“ (I.1)*  
*„Riziko vnímám v přeceňování kompetencí rozhodování klienta o jejich životě. Jsou to lidé s mentálním postižením, kteří mají nižší adaptabilitu, neorientují se v sociálních vztazích, jsou agresivní.“ (I.9)*

#### **DC. I. 2. Zjistit od zaměstnanců v jakých situacích se rozhodují pro kontrolu a jaké vnímají přínosy a rizika přebírání kontroly.**

Ke zjištění tohoto cíle byla použita otázka TO.3. a TO.4.

##### TO.3. V jakých situacích se rozhoduje pro přebírání kontroly (direktivní přístup)?

Většina pracovníků přebírá kontrolu v případě, pokud se klient nachází v rizikové situaci například v ohrožení, poškození života. Ohrožení vnímají např. v cestování, v dopravě nebo v případě, když hrozí riziko klientům vůči sobě nebo někomu dalšímu. Dále přebírají kontrolu v případě rizikového chování. *„např. zamykání lednice. Zamykáme lednici, aby se jedna klientka neprojeda k smrti,“ (I.3)* nebo *„v případě napětí“ (I.4)*. Kontrolu vnímají jako ochranu pro klienta v případě, kdy hrozí pro klienta riziko *„např. volím omezení způsobilosti k právním úkonům, kdy klientův zdravotní stav se zhoršuje i v pohledu do budoucnosti klienta. Nebo ohledně hospodaření s penězi, kdy peníze koriguji.“ (I.5)*

Čtyři respondenti odpověděli, že pro kontrolu se rozhodují, když je tam riziko, že klient není schopen udělat rozhodnutí, nebo je schopen udělat rozhodnutí, ale není schopen přijmout důsledky svého jednání. V případě, kdy klient není schopen porozumět situace. Např. *„ne vždy klient pochopí celou situaci, když dám možnosti volby.“ (I.1)* *„Pro kontrolu jsem v situacích, kdy není schopen zaujmout k situaci reálný postoj. Kdy nedokáže posoudit důsledky.“ (I.9)* Dále *„Pro kontrolu se rozhoduji, když vím, že by to nebylo k jeho dobru“ (I.3)* Tuto odpověď vnímám jako kontroverzní, protože kdo je schopen posoudit, co je komu dobré a co už ne.

#### TO.4. Jaké jsou přínosy a rizika přebírání kontroly (direktivního přístupu)?

U zaměstnanců domova jsem zjistila tyto **přínosy**, které vnímají u uživatele při přebírání kontroly.

Tři pracovníci vnímají přínos přebírání kontroly u klienta v případě ochrany a bezpečnosti jeho nebo druhého člověka.

Tři zaměstnanci vidí přínos použití kontroly nad klientem v akutní, krizové situaci, „*např. zastavení sebepoškozujícího jednání nebo agresivního jednání.*“ (I.2) „*Nepoužívám kontrolu jako prevenci, protože nejde tomu úplně zabránit. U mě je kontrola, pokud riziková situace už nastala.*“ (I.4)

Tři pracovníci domova nevidí žádný přínos pro klienta v případě přebírání kontroly.

Dva respondenti vnímají přínos v tom, že kontrola je méně časově náročná a pro pracovníky je snadnější. „*Přínos vnímám v rychlosti, když má pracovník hodně klientů. Když pracovník nemá čas, tak mu ten direktivní přístup usnadní, protože zvládne strašně moc úkolů.*“ (I.2)

U zaměstnanců domova jsem zjistila tato **rizika**, která vnímají u uživatele při přebírání kontroly.

Pět pracovníků domova vnímalo riziko přebírání kontroly v tom, že uživateli berou právo se rozhodovat. Tím ho omezují v jeho svobodě rozhodování „*a klienti plní jen pracovníkovi příkazy.*“ (I.4) Jako další riziko uvedla (I.1) „*že já jako zaměstnanec nedám klientovi možnost rozhodnutí a ani to nezkusím. Jde o to, že špatně zhodnotím míru toho rozhodnutí.*“

Pět zaměstnanců domova vnímá riziko přebírání kontroly v tom, že pracovník přebírá zodpovědnost na místo klienta. Díky tomu vznikne nerovný vztah a uživatel se stává závislý na pracovníkovi. „*Člověk pak ztrácí schopnost sám něco dělat a asistent pak může snadno manipulovat s klientem*“ (I.3) „*Klient má strach něco změnit a nebude chtít převzít zodpovědnost.*“ (I.6)

Tři respondenti vnímají riziko poskytování kontroly v tom, že klientovi potlačím jeho osobnost, aby to udělal podle svého. Omezím jeho kreativitu, potenciál. „*Potlačuju jeho osobnosti. Jeho fantazie. I když pro nás je to rozhodnutí špatné, tak mu do toho nemůžeme mluvit*“ (II.7).

### **DC. I. 3. Sebereflexe pracovníka při volbě pomoci a kontroly.**

Ke zjištění tohoto cíle byla použita otázka TO.5., TO.6., TO.7.

#### TO.5. Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Jedenáct pracovníků uvedlo, že umí rozlišit, zda nabízí pomoc nebo přebírají kontrolu. Dvanáctý respondent (I.PSS3) odpověděl „*že dokáže rozlišit, kdy používá kontrolu.*“

(I.1) uvedla „*Na jedné straně nabízím možnosti, služby, ale také dělám rozhodnutí za klienta. Pokud dělám rozhodnutí za klienta, musím klienta dobře znát*“ Dále (I.3) „*Neříkám, že dělám vždy to, co bych chtěla. Vycítím to ze svědomí.*“ Nejprofesionálnější odpověď je od (I.5), která uvedla že „*že rozlišuje, co si klient vyžádal nebo nevyžádal. Kontrolu nevnímám negativně. V některých případech ji беру jako potřebnou*“.

#### TO.6. Jaký model přirozeně preferujete?

Šest zaměstnanců uvedlo, že preferují nabízení pomoci. Uvedeno na příkladu: „*Volím individualitu. Myslím, že i profese se rozhoduje pro nedirektivní přístup, máme standardy kvality sociálních služeb, listinu základních práv a svobod.* (I.1) Dále „*Samozřejmě se snažím o pomoc, ale někdy sklouznu ke kontrole*“ (II.8)

Pět respondentů řeklo, že nedokážou říci, který přístup preferují. Volí podle konkrétního klienta a podle situace. Např. „*Záleží na situaci. Pracovník by měl zvládat oboje.*“ (I.6)

Jen jedna pracovnice (I.5) uvedla že „*přirozeně direktivní preferuji v této práci, protože pracuji s klienty se sníženým IQ. Je potřeba rozlišovat s jakými klienty člověk pracuje.*“

#### TO.7. K jakému modelu se přiklání organizace, ve které pracujete?

Šest respondentů si myslí, že organizace se přiklání k nabízení pomoci. Uvedeno na příkladu „*deklarujeme přístup orientovaný na člověka.*“ (I.9), „*Cíle střediska je pomoc, samostatnost.*“ (I.8), „*Určitě nedirektivní, jsme více otevření, máme méně klientů (15)*“ (I.6) „*K tomu nedirektivnímu s důrazem na individuální možnosti klienta. I když to není vždy dodržováno, protože nedirektivita, je více časově náročná.*“ (I.1)

Tři zaměstnanci domova nevědí, vnímají organizaci rozpolceně. Např. „*Organizace chce, abychom nabízeli pomoc a přitom přebírali ochranu, poskytovali bezpečí klientovi.*“ (I.2) nebo „*V domově jsou čtyři oddělení a každé oddělení funguje jinak. Jedno oddělení vnímám spíše jako nedirektivní. Jedno jako direktivní. Hodně záleží na zaměstnancích a na stupni mentálního postižení u klientů.*“ (I.4)

Poslední tři pracovníci vnímají organizaci jako direktivní. Např. „*Direktivní, klienti byli vychováni v tom direktivním přístupu. Mění se to, ale velmi pomalu.*“ (I.7) „*Direktivní, neříkám, že se nepoužívá ten nedirektivní. Záleží na skladbě klientů.*“ (I.5)

### **Shrnutí k dílčímu cíli DC. I.**

Dílčím cílem bylo zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec rozhoduje pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením. Celkem bylo použito sedm otázek. Tento dílčí cíl se dále dělil na další tři pod-dílčí cíle.

Prvním pod-dílčím cílem bylo zjistit u zaměstnanců, v jakých se situacích se rozhodují pro pomoc a jaké vnímají přínosy a rizika nabízení pomoci. Nejčastěji se pro nabízení pomoci zaměstnanci rozhodují, jestliže je klient schopen a má dané dovednosti a zkušenosti a pokud mají čas. Čas vnímají jako klíčový, protože pokud je mnoho klientů, sklouzávají ke kontrole. Většinou se pracovníci domova snaží v maximálně situacích nabízet pomoc. Vnímají, že největší pomoc je rozvíjení samostatnosti. Jako nejčastější přínosy nabízení pomoci uvádějí, že klient získává sebedůvěru, svobodu a samostatnost a učí se rozhodovat a přijímá zodpovědnost. Dále řekli, že klient získá nové zkušenosti a vnímá realitu života, takového jaký ve skutečnosti je, ne uměle vytvořený. Jako nejčastější rizika nabízení pomoci uvádějí, pokud uživatel rozhoduje v situacích, kterým nerozumí. Dále jako riziko vnímají, pokud klient o pomoc (nedirektivní přístup) nestojí, protože celý život prožil v ústavu a také, pokud přecení kompetenci rozhodování o klientovi, to znamená, je-li míra svobody větší, než klient dokáže unést.

Druhým pod-dílčím cílem bylo zjistit u zaměstnanců domova, v jakých situacích se rozhodují pro kontrolu a jaké vnímají přínosy a rizika přebírání kontroly. Nejčastěji se pro přebírání kontroly zaměstnanci rozhodují, jestliže se klient nachází v rizikové situaci, nebo se rizikově chová. Dále uvádějí, pokud klient nedokáže posoudit důsledky svého jednání. Jako nejčastější výhodu při přebírání kontroly zmiňují, je-li bezpečí klienta ohroženo nebo se klient nachází v krizové situaci. Někteří nevnímají žádné výhody při přebírání kontroly pro klienta. Jako výhodu přebírání kontroly vnímají, že trvá o mnoho méně času než pomoc. Jako nejčastější riziko přebírání kontroly nad klientem zaměstnanci zmiňují, že pracovník bere právo uživateli se rozhodovat a pracovník přebírá zodpovědnost za uživatele a on se stává závislým. Někteří vnímají riziko v potlačení klientovi osobnosti.

Posledním pod-dílčím cílem, bylo zjistit pracovníkovu sebereflexi při volbě pomoci a kontroly. Jedenáct respondentů uvedlo, že umí rozlišit, v jakých situacích poskytují pomoc

nebo kontrolu. Na otázku, zda přirozeně preferují nabízení pomoci nebo přebírání kontroly odpovědělo šest pracovníků, že preferují nabízení pomoci. Pět pracovníků neví, protože se rozhodují podle konkrétní situace a klienta. Jen jedna respondentka odpověděla, že preferuje přebírání kontroly, protože pracuje s lidmi s mentálním postižením. Na otázku, k jakému modelu (pomoci/kontrolě) se přiklání organizace, ve které pracují, odpovědělo šest pracovníků, že se organizace přiklání k pomoci. Tři zaměstnanci nevědí, protože vnímají organizace dvojsmyslně. Pouze tři zaměstnanci vnímají organizaci jako direktivní.

***DC. II. Zjistit, jaká rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením.***

Na jednotlivá rizika jsem se ptala v tazatelských otázkách. Použila jsem ta rizika, která jsou formulována v teoretické části diplomové práce. V teoretické části jsem vybrala ta rizika, která se objevovala v literatuře nejčastěji.

**DC. II. 1. Zjistit od zaměstnanců, jednotlivá rizika, která se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením (ohledně práva uživatelů, soukromí, samostatnosti, stereotypu, partnerských vztahů, napětí, syndromu vyhoření).**

Ke zjištění tohoto cíle byla použita otázka TO.8., TO.9., TO.10., TO.11., TO.12, TO.13., TO.14. a TO.15.

**TO.8. Jaká rizika, související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?**

Zaměstnanci uvedli mnoho rizik, které se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o nepřirozené prostředí, odtržení od běžné reality, hotelové pojetí služeb, nevedení uživatele k samostatnému způsobu života, koncentrace moci, nemožnost navázat intimní vztah, nedostatek soukromí, závislost na pracovnících, špatná architektura domova, málo podnětů a nuda, hodně spánku, nedostatek vztahů s okolím, podřízený režim domova, ponorková nemoc, potlačení individuality a samostatnosti.

Pouze jedna zaměstnankyně domova (I.12) si nemyslí, že se vyskytují rizika, která souvisejí s pobytem v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Vybrala jsem rizika, která se vyskytovala opakovaně.

Osm pracovníků shodně uvedlo, že v domově je nedostatek soukromí. Domov je kolektivní zařízení a jen vzácně poskytuje jednolůžkové pokoje. Na jednom místě bydlí



mnoho klientů, díky tomu je snížen individuální přístup a nemůže si každý dělat, co by chtěl. „Žijí v kolektivu, který si sami nevybrali.“ (I.2)

Čtyři zaměstnanci domova vnímají jako riziko v hotelovém pojetí služeb. Znamená to, že jim domov všechno zajišťuje a vše mají v jedné budově. Myslí tím např. kuchyň, prádelnu, kadeřníka, zdravotní péči. „Vše mají pod nosem. Neumí si poradit s běžnými situacemi, jsou odtrženi od běžné reality a vše berou automaticky.“ (I.3, I.11)

Dvě pracovnice uvedly, že klienti jsou závislí na pracovnících. Nesnesou a mají panický strach, když jsou sami. Chtějí, aby u nich někdo z pracovníků byl.

Klienti mají v domově omezené možnosti rozhodování, protože v domově se vyskytují pravidla, která jsou větší. Pravidla jsou nastavena a musí se dodržovat. „Tím se klienti stávají nesvobodnými a nesamostatnými jako normální lidé.“ (I.10)

Dvě zaměstnankyně domova uvedly jako riziko, že domov je málo ochranný a kontrolující. Uvedeno na příkladu. „Riziko vnímám v otevřeném domě. V domově je kavárna, kdyby klient chtěl odejít, tak bychom ho neohlídali.“ (I.6), „Riziko vnímám, že v okně nesmí být mříž. Zmizelo to. Někdo může vylézt, vlézt.“ (I.7).

#### TO.9. Domníváte se, že jsou ve vašem domově porušována práva uživatelů služby?

Sedm dotazovaných si myslí, že v domově nejsou porušována práva uživatelů služby. Uvedeno na příkladu „Domov je primárně neomezuje. Omezení vychází z toho, že jsou omezení ve způsobilosti k právním úkonům.“ (I.1), „Ne, to bychom mohli říct, že i doma. Doma si taky nemůžeme dělat, co bychom chtěli. Určitě ne.“ (I.12), „Svoboda je, je to náročné pro personál.“ (I.7)

Tři zaměstnanci uvedli, že jsou situace, při kterých může dojít k porušení práv uživatele. Nemyslí si, že cíleně, ale určitě k tomu dochází. Na druhou stranu odmítají dlouhodobé porušování práv uživatele. Jedna respondentka řekla „To je otázka. Přihlížela bych k tomu, že to jsou lidé s mentálním postižením. V mnoha věcech klienty omezujeme. Myslím si, že je to dobře, ale třeba to není dobře.“ (I.3)

Jen dvě pracovnice domova odpověděly, že jsou porušována práva klientů v domově. Uvedeno „Klienti jsou limitováni hrozně. Všechno se porušuje. Klienti nemají rozhodování, co chtějí k jídlu. S kým chtějí bydlet. Nemají svobodu pohybu, protože závisí, jestli jsou dva pracovníci v práci a jak se jim to hodí.“ (I.2), „Jsou jako v každém domově. Není to chyba nikoho.“ (I.8)

#### TO.10. Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Seďm respondentů uvedlo, že uživatelé nemají dostatek soukromí v domově. Pokud by to měli brát z pohledu „zdravého“ člověka, tak soukromí je velice omezené. Není možné mít soukromí jako doma. Většinou uživatelé bydlí ve 2- lůžkových pokojích, v dnešní době není výjimka ani 5- lůžkový pokoj. *„máme pěti-lůžkový pokoj. Zrovna řešíme rekonstrukce alespoň na dvě-lůžka. Soukromí minimální. Na oddělení máme osmnáct klientů. Pět imobilních, devět inkontinentních, tři se sami nenajedí. Jsou bez verbální komunikace.“* (I.12), *„Žádné soukromí, 24 lidí na jednom malém místě. Všechno je uspěchané.“* (I.11) *„Každý klient je jiný, odlišná osobnost. Každý z klientů potřebuje odlišný režim a drtivá většina si nemůže odejít mimo domov.“* (I.4) *„Jsou stále někomu na očích a jsou na to závislí.“* (I.2)

Čtyři zaměstnanci uvedli rozpolcené odpovědi. Na jedné straně vnímají, že ti klienti, kteří chtějí soukromí, tak si ho naleznou. Otázka pro ně je, jestli vůbec nějaké soukromí chtějí, pokud prožili většinu života po osmi lidech na jednom pokoji. Vnímají, že se situace zlepšila, ale ještě to není ono. *„Snažíme se, ale více to nevydobudeme. Je nějaká architektura domova. Určitě se to zlepšilo.“* (I.7), *„Část uživatelů bydlí v jedno-lůžkových pokojích, kde je soukromí garantováno. Mají od pokojů klíče a zamykají si je. Bohužel většina uživatelů žije ve dvou až více lůžkových pokojích, od kterých nemají ani klíče.“* (I.9)

Jeden pracovník domova odpověděl, že klienti mají dostatek soukromí v domově. *„Soukromí je relativní pojem. Mají pokoj po dvou lidech a ne po šesti lidech. Soukromí nemají strašně omezený.“* (I.10)

#### TO.11. Jsou uživatelé motivováni a mají prostor pro samostatnost?

Deset pracovníků uvedlo, že se klientům snaží dát prostor, aby se stali samostatnějšími. Vnímají, že se situace oproti minulosti zlepšila, ale pořád jsou změny velmi omezené a pomalé. *„Je to otázka věku, pohodlnosti a zvyku.“* (I.5) Domnívají se, že záleží na míře znevýhodnění a na rámcích možností klienta i domova. Dvě zaměstnankyně viděly problém z rodiny, kdy je rodina ochranná a pečuje o klienta. Bojí se zkusit něco nového.

(I.4) *„se domnívá, že hodně záleží na pracovníkovi. Kontrolující pracovník nemá potřebu uvažovat o tom, aby byl klient samostatnější.“*

Pouze jeden pracovník (I.9) si *„myslí, že klient nemá v domově dostatek prostoru být samostatný.“*

TO. 12. Mají uživatelé ve vaše domově svobodu vytvářet partnerské vztahy, eventuálně soužití?

Šest pracovníků odpovědělo, že uživatelé mají svobodu vytvářet partnerské soužití. V Domově v Sulické mohou být partnerské dvojice, ale z celkového počtu 139 uživatelů, bydlí spolu 2 páry. V ostatních dvou domovech nejsou žádné dvojice. (I.1 a I.6) tvrdí, že „*domovy, ve kterých pracují, nebrání tomu, aby v domově byli páry, ale hraje zde otázka příležitosti.*“ Uživatele nemají s kým. Kdyby se chtěli s někým seznámit, je nutná asistence.

Zbylých šest zaměstnanců si nemyslí, že uživatelé mají možnost vytvářet partnerské soužití v domově. Hlavní problém vidí také v tom, že uživatelé nemají příležitost se seznámit. Uvedeno na příkladech „*Nemají ani dostatek kontaktů.*“ (I.2), „*Moc nemají. Muže máme jen jednoho. Chlapi chybějí.*“ (I.8), „*Nemají moc příležitostí.*“ (I.6) Podle (I.5) mají „*v domově klienti zhoršený zdravotní stav a nemají potřebu.*“

TO. 13. Jak vnímáte stereotyp, který se vyskytuje ve vašem domově?

Čtyři respondenti vnímali stereotyp tak, že se vyskytuje i v běžném životě ohledně práce, nákupu, dětí... „*Klienti to mají podobné. Nemyslím si, že by měli jiný stereotyp, než máme my*“ (I.5), „*Já mám taky stereotyp, oni v něm jsou a taky jim nevadí. Teda otázka je, zda jsou zvyklí, nebo jestli ho potřebují sami.*“ (I.3), „*Je to potřeba. Každý člověk má režimy.*“ (I.6)

Negativně stereotyp vnímají tři zaměstnanci, který se týká toho, jakým způsobem klienti tráví svůj volný čas. Stereotyp vnímají v programu, který je pořád stejný a nic nového se nezkouší. „*Připadá mi, že aktivity na oddělení jsou pořád stejný.*“ (I.1) „*Je těžké se stereotypu ubránit. Den se točí kolem hygieny, přípravy jídla, prádla, procházky.*“ (I.4), „*Mě ta práce přijde stereotypní. Koupání, jídlo, denní režim. Je to stereotyp.*“ (I.10)

Dvě pracovnice chtějí rozbít stereotyp, vnímají ho jako neproduktivní. Myslí si, že se situace zlepšila, protože dříve byl stereotyp o mnoho větší. Uvedeno na příkladech „*Snažíme se, aby tady nebyl. Strašná otrava. Střídáme práce a nabízíme je klientům*“ (I.7), „*Snažíme se stereotyp rozbít i proti vůli klientů, vyžadují ho.*“ (I.8)

TO.14. Jakým způsobem zmírňujete napětí, které vzniká díky společnému soužití?

Jedenáct pracovníků vnímá napětí, ponorkovou nemoc, agresivitu. Uvádí, že ani se nediví, že jsou na sebe klienti alergičtí, protože někteří spolu bydlí i 40 let. „*Každý má jiné projevy, a když se ty projevy sejdou, tak to vede k napětí. Stačí, když se rozjede jeden a hned se napětí rozjede.*“ (I.4), „*Napětí je a bude. Je to komunita, která je spolu denně.*“ (I.10)

Pouze jedna respondentka (I.12) nevnímá mezi klienty žádné napětí.

U zaměstnanců domova jsem zjistila tyto způsoby, jak zmírňují napětí.

Šest respondentů zmírňuje napětí tak, že se pokouší oddělovat klienty, aby se nezdržovali dlouho pohromadě, skrze nabízení aktivit. Snaha o rozbití skupiny. „*Snažíme se, aby ti klienti, kteří spolu nechtějí být, spolu nemuseli být.*“ (I.8), „*Často se nedaří rozdělit skupinu, protože jsou zvyklí být spolu a chtějí být spolu.*“ (I.2)

Tři zaměstnanci odpověděli, že zmírňují napětí tak, že se snaží klientům nabídnout aktivity i mimo domácnost a domov. Nabízejí různé aktivity, aby nebyli přes celý den spolu. Uvedeno na příkladu „*Důležité, aby klienti trávili čas i mimo domov a měli vlastní aktivity s osobní asistencí, dobrovolní. Chodit do jiné sociální služby.*“ (I.1) „*Individuálně plánovat aktivizace, aby klient trávil část dne mimo domácnost.*“ (I.9)

#### TO.15. Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Pouze jedna respondentka uvedla, „*Je to těžké po těch letech. Hodně bojuju se syndromem vyhoření. Potřebuji změnu.*“ (I.6)

U zaměstnanců domova jsem našla tyto prevence, které používají proti syndromu vyhoření.

Osm respondentů používá proti syndromu vyhoření činnosti, které je baví. Nejčastěji se jedná o sport, konkrétně běh, procházky se psem, příroda. Dále tráví čas s lidmi, které jsou jim blízcí, rodina, přátelé. Jako důležité vnímají (I.1, I.9) odpočinek a vzdělávání se. „*Mám aktivity své vlastní, které jsou silnější než práce. Osobní život mě baví.*“ (I.3) Prostě mít pro sebe svůj volný čas.

Čtyři zaměstnanci vnímají jako důležité proti vyhoření oddělovat pracovní svět od svého osobního života. Snaží si zachovat odstup, nenosit práci domů, určit si hranice a priority. Uvedeno na příkladech „*Naslouchám svým potřebám. Práce je důležitá, ale jsou důležitější věci.*“ (I.5), „*Já splachuju. Většinou nemusím nic řešit vnitřně. Když odcházím z práce, tak zavřu.*“ (I.3), „*V době kdy mi končí pracovní doba, tak končí přemýšlení o organizaci a o klientech. Neřeším to nadměru.*“ (I.9)

#### **Shrnutí k dílčímu cíli DC. II.**

Dílčím cílem bylo zjistit, jaké rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Celkem bylo použito osm otázek. Tento dílčí cíl se skládal z jednoho pod-dílčího cíle.

Pod-dílčím cílem bylo zjistit u zaměstnanců jednotlivá rizika, která se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením (ohledně práva uživatelů, soukromí,

samostatnosti, stereotypu, partnerských vztahů, napětí, syndromu vyhoření)? Na otázku, jaké vnímáte rizika související s pobytem v domově pro osoby se zdravotní postihem, nejlépe shrnul rizika (I.9) „*Rizik je celá řada. Nepřirozené prostředí, odtržení od běžné reality, hotelové pojetí služeb, nevedení uživatele k samostatnému způsobu života, koncentrace moci.*“ Nejčastěji zaměstnanci uváděli rizika v nedostatku soukromí pro klienta, v hotelovém pojetí služeb. Dále v závislosti klientů na pracovnících a v podřízení režimu domova, v tom smyslu, že klienti mají v domově omezené možnosti rozhodování, protože se v domově vyskytují pravidla. Překvapilo mě, že dvě pracovnice vnímala rizika v tom smyslu, že domov je málo ochranný a kontrolující. Sedm dotazovaných si myslí, že nedochází k porušování práv uživatele. Tři pracovnice se domnívají, že jsou situace, při kterých může dojít k porušení práv uživatele. Nemyslí si, že cíleně, ale určitě k tomu dochází. Na druhou stranu odmítají dlouhodobé porušování práv uživatele. Pouze dvě pracovnice domova odpověděly, že jsou v domově porušována práva klientů. Co se týká otázky soukromí klientů, většina respondentů uvedla, že uživatelé nemají dostatek soukromí v domově. Čtyři respondenti uvedli rozpolcené odpovědi. Na jedné straně vnímají, že ti klienti, kteří chtějí soukromí, tak si ho naleznou. Otázka pro ně je, jestli vůbec nějaké soukromí chtějí, pokud prožili většinu života po osmi lidech na jednom pokoji. Jeden pracovník řekl, že klienti mají dostatek soukromí v domově. Paradoxně to byl ten, který pracuje se 24 klienty v domácnosti (I.10). Na otázku, zda jsou uživatelé motivováni a mají prostor pro samostatnost, odpověděla většina pracovníků, že se klientům snaží dát prostor, aby se stali samostatnějšími. Pouze jeden pracovník si myslí, že klient nemá v domově dostatek prostoru být samostatný. Na otázku, zda uživatelé mají svobodu vytvářet v domově partnerské vztahy, odpovědělo šest pracovníků, že uživatelé mají svobodu vytvářet partnerské vztahy. Zbylých šest zaměstnanců si nemyslí, že uživatelé mají možnost vytvářet partnerské soužití v domově. Hlavní problém vidí v tom, že klienti mají nedostatek příležitostí se seznámit. U zaměstnanců domova jsem zjistila nejčastěji tyto názory, jakým vnímají stereotyp. Někteří vnímají stereotyp jako součásti života, jelikož každý člověk má stereotyp ve svém životě. Jiní pracovníci vnímají negativně stereotyp, protože klienti mají pořád stále stejný program. Ostatní mají touhu rozbít stereotyp, který se týká stejných činností. Zaměstnanci nejčastěji zmírňují napětí, které vzniká díky společnému soužití tím, že se snaží rozdělit skupinu. Další pracovníci domova odpověděli, že zmírňují napětí tak, že se snaží, klientům nabídnou aktivity i mimo domov, aby nebyli celý den spolu. Jedna respondentka nevnímá žádné napětí u uživatelů. Nejčastěji prevencí proti syndromu

vyhoření u zaměstnanců je mít svůj volný čas, který je baví. Důležité vnímají oddělovat pracovní život od osobního života.

***DC. III. Zjistit, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením.***

Na jednotlivé jistoty jsem se ptala respondentů v tazatelských otázkách. Použila jsem ty jistoty, které jsou formulovány v teoretické části diplomové práce. V teoretické části jsem vybrala ty jistoty, které se objevovaly v literatuře nejčastěji.

***DC. III. 1. Zjistit od zaměstnanců, které jistoty se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením (ohledně komplexu péče, péče o osoby s hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku.***

Ke zjištění tohoto cíle byla použita otázka TO.16., TO.17. a TO.18.

TO.16. Jaké jistoty, související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?

Jedenáct zaměstnanců vnímá jako jistotu pro klienty, že mají v domově naplněné základní potřeby. Jedná se o stravu, bydlení, hospodaření s penězi, zdravotní péče, bezpečí, teplo, čistotu, prádelnu, spánek. Jistota, že mají vše zabezpečené a materiálně vybavené. „*Je to velmi chráněné prostředí.*“ (I.2)

Podle šesti zaměstnanců, klienti berou domov jako svoje zázemí. „*Cítí se tady jako doma, teda asi ne všichni.*“ (I.3) Vědí, že někam patří, i když nemají rodinu. Klient není sám, má přátele, vrstevníky. „*Jsou zde silné sociální vazby mezi uživateli. Znají se léta, mají přátelské vztahy.*“ (I.9)

Čtyři zaměstnanci vidí jistotu pro klienty v tom, že nemusí být klienti lidé bez domova, že vždy někdo vyřeší jeho věci.

TO. 17. Myslíte si, že komplex péče, které domovy poskytují je výhoda nebo slabina pro uživatele?

Osm pracovníků si nemyslí, že komplex péče je pro klienta slabina nebo výhoda. „*Není to výhoda pro ty, kteří by to zvládli sami. Pro ty, kdo to nezvládají, je to nutnost.*“ (I.1) Vnímají, že by se měl komplex služeb posuzovat individuálně. „*Mělo by se to posuzovat individuálně a ne všeobecně.*“ (I.5) Podle klienta, jaké má postižení. „*Kadeřník ani pedikérka by nemuseli přicházet do domova, jenže jak by to dělali s klienty s těžkým mentálním postižením.*“ (I.7) Podle (I.4) se „*Demotivace a lenost projevuje u těch klientů, který mají*

*potenciál, aby žili samostatně. U lidí s těžkým mentálním postižením je to jednoznačně pozitivní.“*

Tři zaměstnanci vnímají komplex péče jako slabinu. Pro (I.9) je to „*slabina, pakliže nebude domov propojen s běžným světem. Omezujeme ho, když přijde do domova kadeřník.*“ Podle (I.2) „*by bylo ideální, aby na jednoho asistenta byli tři klienti, poté bychom nepotřebovali komplex péče.*“ (I.8) vnímá že, „*někteří klienti, kteří by se narodili o 20 let dříve, by mohli žít v chráněných bytech. V současnosti je jim 65 let a pro ně je důležité dožít v teple.*“

Jeden pracovník (I.10) domova vnímá komplex péče jako výhodu.

TO. 18. Domníváte se, že jsou jiné sociální služby, které jsou připraveny převzít podporu a péči osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením?

(I.1, I.5 a I.9) se shodli, že většina sociálních služeb vybírá schopnější klienty, protože sociálních služeb je málo a nechtějí jen tak nějakého uživatele. Poptávka převyšuje nabídku. U klienta seniorského věku s mentálním postižením je problém najít sociální službu. Je časté, že v některých domovech nemohou být, pokud se stane uživatel imobilní.

Čtyři zaměstnanci si nemyslí, že existuje jiná sociální služba mimo domovů pro osoby se zdravotním postižením, která by byla schopná převzít péči a podporu o osoby s těžkou a hlubokou mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením.

Pět respondentů uvedlo jako nahrazující službu osobní asistenci. Mít svého celodenního osobního asistenta. Problém vidí v tom, že je to služba pro movitější klienty a současně je těžké najít někoho, kdo by jí chtěl vykonávat, protože je velmi málo ohodnocená a pro klienta drahá.

Tři pracovníci uvedli jako nahrazující službu místo domovů pro osoby se zdravotním postižením denní, nebo týdenní stacionář. U této sociální služby musí fungovat rodina. Velmi malou rodinu bude mít senior s mentálním postižením.

Dva zaměstnanci uvedli odlehčovací službu.

### **Shrnutí k dílčímu cíli DC. III.**

Dílčím cílem bylo zjistit, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Celkem byly použity tři otázky. Tento dílčí se skládá z jednoho pod-dílčího cíle.

Pod-dílčím cílem bylo zjistit u zaměstnanců, jaké jistoty se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením (ohledně komplexu péče, péče o osoby s hlubokým mentálním postižením a lidí seniorského věku). Zaměstnanci uvádějí nejčastěji jistotu, která souvisí s pobytem v zajištění základních potřeb. V tom smyslu, že je v domově o klienty postaráno. Mají zde teplo, jídlo, spánek, .... Další jistotu vnímají v tom, že klient ví, že někam patří a má své zázemí. Dále, že domov je ochranný a nemůže se stát z klienta člověk bez domova. Tři zaměstnanci vnímají komplex péče jako slabinu pro uživatele. Jeden pracovník spatřuje v komplexu péče výhodu pro uživatele. Většina pracovníků si myslí, že komplex péče není pro klienta slabina nebo výhoda, vnímají, že by se měl komplex péče posuzovat individuálně podle jednotlivého klienta. Co se týká otázky, zda se zaměstnanci domnívají, že jsou i jiné sociální služby, které by byly připravené převzít podporu a péči osoby s těžkým a hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením. Někteří zaměstnanci uvedli, že je u lidí seniorského věku s mentálním postižením problém najít sociální službu., zvláště pokud se klient stane imobilní. Čtyři zaměstnanci si nemyslí, že existuje jiná sociální služba mimo domovů pro osoby se zdravotním postižením. Pět respondentů uvedlo jako nahrazující službu osobní asistenci. Tři pracovníci uvedli denní nebo týdenní stacionář. Dva zaměstnanci uvedli odlehčovací sociální službu.

### **Vyhodnocení tazatelských cílů**

V dílčím cíli DC I. jsem zjišťovala u zaměstnanců domovů, jakým způsobem se rozhodují pro přebírání kontroly nebo nabízení pomoci klientům žijícím v domově pro osoby se zdravotním postižením. Nejčastěji se pro nabízení pomoci zaměstnanci rozhodují, jestliže je klient schopen a má dané dovednosti a zkušenosti a pokud mají čas. Většinou se pracovníci domova snaží v maximálně situacích nabízet pomoc. Vnímají, že největší pomocí je rozvíjení samostatnosti. Nejčastěji se pro přebírání kontroly zaměstnanci rozhodují, jestliže se klient nachází v rizikové situaci, nebo se rizikově chová. Dále uvádějí, pokud klient nedokáže posoudit důsledky svého jednání. Většinou respondenti uvedli, že umí rozlišit, v jakých situacích se rozhodují pro poskytnutí pomoci nebo převzetí kontroly. Šest pracovníků řeklo, že preferují nabízení pomoci. Pět pracovníků neví, protože se rozhodují podle konkrétní situace a klienta. Jedna respondentka odpověděla, že preferuje přebírání kontroly, protože pracuje s lidmi s mentálním postižením. Šest pracovníků uvedlo, že se organizace přiklání k pomoci. Tři zaměstnanci nevědí, protože vnímají organizace dvojsmyslně. Jen tři zaměstnanci vnímají organizaci jako direktivní.



V dílčím cíli DC. II. jsem zjišťovala, jaká rizika spojená s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Nejčastěji zaměstnanci uváděli rizika v nedostatku soukromí pro klienta, v hotelovém pojetí služeb. Dále v závislosti klientů na pracovnících a v podřízené režimu domova. Překvapilo mě, že dvě pracovnice vnímaly rizika v tom smyslu, že domov je málo ochranný a kontrolující. Většina dotazovaných si myslí, že nedochází k porušování práv uživatele. Pouze dvě pracovnice domova odpověděly, že jsou v domově porušována práva klientů. Co se týká otázky soukromí klientů, většina respondentů uvedla, že uživatelé nemají dostatek soukromí v domově. Jeden pracovník řekl, že klienti mají dostatek soukromí v domově. Paradoxně to byl ten, který pracuje se 24 klienty v domácnosti.

V dílčím cíli DC. III. jsem zjišťovala, jaké jistoty spojené s pobytem se vyskytují v domově pro osoby se zdravotním postižením. Nejčastěji zaměstnanci uváděli jistotu v zajištění základních potřeb. Další jistotu vnímají v tom, že klient ví, že někam patří a má své zázemí. Dále, že domov je ochranný a nemůže se stát z klienta člověk bez domova. Většina pracovníků si nemyslí, že komplex péče je pro klienta slabina nebo výhoda, vnímají, že by se měl komplex péče posuzovat individuálně podle jednotlivého klienta. Jeden pracovník spatřuje v komplexu péče jako výhodu pro uživatele.

## Závěr

Na závěr práce shrnu výsledky, které vyplynuly ze zpracování hlavního cíle diplomové práce a cíle empirického šetření. Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat vývoj a změny podpory o osoby s mentálním postižením žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém se vyskytují rizika i jistoty a zaměstnanec se rozhoduje, zda bude nabízet klientovi pomoc nebo převezme kontrolu. V diplomové práci jsem se věnovala hlavním termínům celé práce. Nejprve jsem vymezila člověka s mentálním postižením, protože žije v domově pro osoby se zdravotním postižením. Vnímám jako důležité, že jsem shrnula změnu pohledu k těmto lidem, z toho důvodu, že už nejsou v takové míře marginalizováni jako v minulosti. Dále jsem uvedla pět nových trendů podpory o člověka s mentálním postižením, které ho činí svobodnějším a pracovník při těchto trendech volí spíše pomoc, než by přebíral za klienta kontrolu. Následně jsem se věnovala domovu pro osoby se zdravotním postižením, který by měl být využíván jako poslední možnost sociální služby, vzhledem ke všem okolnostem jako je míra samostatnosti klienta, možnosti rodiny a dostupnost jiných sociálních služeb. Poté jsem vymezila nové přístupy v domovech, podle kterých se mají řídit, aby život v této sociální službě, byl pokud možno co nejpřirozenější. Dále jsem se věnovala jistotám a rizikům, které domov nabízí. Myslím si, že největší jistota domova je, že je určen pro lidi se středním a těžkým mentálním postižením a lidi seniorského věku, u kterých se postupem času objevuje demence a stávají se imobilními. Vnímám jako velký deficit, pokud není domov uzpůsoben pro imobilní klienty, protože která jiná sociální služba by převzala do péče imobilního seniora s mentálním postižením a projevující se demencí? Závěr teoretické části byl věnován přebírání kontroly a nabízení pomoci a hledání rovnováhy mezi pomocí a kontrolou. Domnívám se, že posouzení situace má být individualizované a cílem práce s klientem je najít pro konkrétního člověka s mentálním postižením přiměřený stupeň podpory a jednat v nejlepším zájmu klienta.

Cílem empirického šetření bylo zjistit, jakým způsobem se zaměstnanec pracující s lidmi s mentálním postižením rozhoduje pro pomoc nebo kontrolu u klienta žijícího v domově pro osoby se zdravotním postižením, kde se vyskytují rizika a jistoty. Myslím si, že jsem pomocí hlavního cíle a dílčích cílů výzkumné šetření naplnila. Získání dat pomocí rozhovorů se zaměstnanci Domova svaté Rodiny, Domova ve Vlašské a Domova v Sulické se ukázala jako vhodná technika, která poskytla dostatečné množství informací. Na druhou stranu výzkumné šetření probíhalo pouze ve třech domovech pro osoby se zdravotním postižením v Praze, proto není možné získané poznatky zobecnit na všechny domovy pro

osoby se zdravotním postižením v ČR. Z výzkumného šetření vyplynulo, že čas hraje roli u zaměstnanců domova při nabízení pomoci, protože pokud by v domácnosti žilo méně klientů, nebyli by pracovníci tlačeni k přebírání kontroly nad klientem. Přínos pro nabízení pomoci pro klienta vnímají v tom, že získá sebedůvěru, svobodu, samostatnost, zkušenost, je schopný se rozhodovat a vnímá realitu života. Pro přebírání kontroly se nejčastěji zaměstnanci rozhodují, pokud se klient nachází v rizikové situaci, nebo pokud nedokáže posoudit důsledky svého jednání. Všichni kromě jednoho dotazovaného uvedli, že umí rozlišit, zda nabízí pomoc nebo přebírají kontrolu. Zaměstnanci uvedli mnoho rizik, které se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Jako jistotu uvedli v zajištění základních potřeb a v zázemí pro klienta.

Tři domovy, které jsem během psaní diplomové práce navštívila, byly po rozsáhlé finančně nákladné rekonstrukci a v konečném důsledku je z domu pořád ústav. Vnímám to jako velkou škodu, že se opravují domovy s mnoha klienty a neinvestuje se do malých bytových jednotek s málo klienty (max. 5 klientů na jednu bytovou jednotku), které by kopírovaly rodinný model. Nerozumím tomu, jakým způsobem může probíhat individuální podpora, když v domově bydlí 139 klientů a v bytové jednotce žije 24 klientů, které si člověk vybrat nemohl, a pracují s nimi pouze dva pracovníci. Vyskytuje se zde paradox, že lidé s mentálním postižením jsou považováni za postižené a omezené ve svých schopnostech, zejména ve schopnostech sociálních a přitom se od nich vyžadují enormní výkony co do přizpůsobování, ohleduplnosti a porozumění ve vzájemném soužití. Smekám před lidmi s mentálním postižením, že dokážou žít v takových podmínkách, a neprojevuje se u nich ještě více problémového chování. Na druhé straně si myslím, že se během dvaceti let zlepšila podpora o osoby s mentálním postižením, kteří bydlí v domově pro osoby se zdravotním postižením. Domovy neudrží své klienty pouze při životě, ale snaží se v rámci svých možností podporovat kvalitu klientova života. Domnívat se, že domovy čeká ještě velký kus cesty, než který ušly do současnosti. Mají se ještě mnoho co učit. Situace se mění, ale velmi pomalu.

Do praxe zaměstnancům domova pro osoby se zdravotním postižením doporučuji nadále se vzdělávat, supervizi, zhodnocovat schopnosti klienta a sebereflexe tohoto dilematu.

## Seznam literatury

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-807-3151-614.

BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.

BOBEK, Milan a Petr PETIŠKA. *Práce s lidmi: učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese: s úvodem do filozofie práce s lidmi, systémových věd a psychologie*. Vyd. 1. Brno: NC Publishing, 2008, 286 s. Gaia. ISBN 978-80-903858-2-5.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3673-192.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-802-4615-653.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-807-3673-901.

FRANČEOVÁ-ABRAHAMOVÁ, Eva. *Deník mého syna- nebyl jsem vyřazen ze života*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 2002, 106 s. ISBN 80-211-0418-x.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rouš. České vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2011, 198 s. Psyché (Triton). ISBN: 978-80-7387-394-3.

GOLDMANN, Radoslav. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999, 99 s. ISBN 80-244-0028-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. Vyd. Praha: Portal, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HRABÁNKOVÁ, Jaroslava. *Průvodce asistenta: metodická příručka*. Pohoda, 2008.

HRUŠKOVÁ, Hedvika, Ed. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.

JANEBOVÁ, Radka, Ed. MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.

JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997, 147 s. ISBN 80-7178-150-9

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, Ed. MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4420-714.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1 vyd. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 178 s. ISBN 978-80-262-0502-9.

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010, 223 s. Praktická právní příručka. ISBN 978-807-2018-017

MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-858-5008-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 49 s., 1 slož. list. ISBN 80-210-2512-3.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 269 s. ISBN 978-807-3675-097.

NYKL, Ladislav. *Pozvání do Rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2004, 137 s. Studium (Barrister & Principal). ISBN 80-865-9869-1.

SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělání, dospělost*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 197 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-717-8973-9.

SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb: výklad je zpracován k právnímu stavu ke dni 1.1.2008*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2008, xx, 424 s. Meritum. ISBN 978-807-3573-164.

ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 192 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1.

ŠIŠKA, Jan. *Lidská práva lidí s mentálním postižením: Národní zpráva Česká republika*. Praha: Modrý klíč, 2002, 16 s. ISBN 80-902-4944-2.

ŠIŠKA, Jan, Ed. MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003, 192 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 277. ISBN 978-80-7367-313-0.

PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 272 s. ISBN 978-80-210-6306-8.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 175 s. ISBN 978-807-3675-820.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-7367-414-4.

a VANIER, Jean. *Becoming human*. 10th Anniversary ed. Toronto: Anansi, 2008. ISBN 9780887848094.

b VANIER, Jean. *Man and woman, God made them*. New York: Paulist Press, 2008, 197 p. ISBN 9780809145553.

WAGNEROVÁ, Petra. *Několik vět o SPMP ČR*. Vyd. 1. Praha: SPMP ČR, 2002. 135 s.

### **Odborné časopisy**

ISRAELJAN, Artašes. Aktuální problémy socializace mentálně postižených klientů. *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2001, roč. 11, č. 3, s. 129-136. ISSN 1211-2720.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. Evropská konference sebeobhájců „European People First“ Edinburgh 2005. *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2005, roč. 15, č. 4, s. 310-318. ISSN 1211-2720.

LEČBYCH, Martin. Modely mentální retardace. *Psychologie dnes*. 2005, roč. 11, č. 6, s. 33-34. ISSN 1212-9607.

MÍŠOVÁ, Iveta. Metóda sebaobhajovania smeruje k inklúzii ľudí s mentálnym postihnutím. *Sociální práce*. 2010, roč. 10, č. 3, s. 22-24. ISSN 1213-6204.

POKORNÁ, Martina. Proměny jednoho ústavu sociální péče. *Speciální pedagogika: Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2007, roč. 17, č. 3, s. 183-190. ISSN 1211-2720.

SCHWARZOVÁ, Jindřiška. Aplikace Rogersova přístupu zaměřeného na osobu v práci s mentálně postiženým. *Mentální retardace*. 1998, č. 35, s. 28-30.

SINECKÁ NELB, Jitka. Nahlédnutí na zeď: Deinstitutionalizace lidí s autismem za komunismu a po roce 1989 v narativech rodičů. *Sociální práce*. 2013, roč. 13, č. 1, s. 37-48. ISSN 1213-6204.



ŠVARCOVÁ, Iva. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. *Mentální retardace*. 1999, č. 38, s. 9-13.

ŠVARCOVÁ, Iva. Denní program pro dospělé s mentálním postižením. *Práce & sociální politika*. 2004, roč. 1, č. 10, s. 6.

VÁVROVÁ, Soňa. Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. *Sociální práce*. 2010, roč. 10, č. 4, s. 67-75. ISSN 1213-6204.

VÁVROVÁ, Soňa. Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. *Sociální práce*. 2012, roč. 12, č. 4, s. 39-46. ISSN 1213-6204.

ZIMMERMANOVÁ, Monika. Opatrovatel' jako pomáhající profesie v systému sociálních (a opatrovatel'ských) služeb. *Vychovatel'*. 2009/2010, roč. 58, č. 9, s. 28-31. ISSN 0139-6919.

### **Legislativa**

Zákon č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník

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

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

### **Seznam tabulek**

TAB. 1: Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....s. 42-43

TAB. 2: Charakteristika dotazovaných.....s. 47-48

## **Příloha A**

### Rozhovor se sociální pracovníci pracující v Domově svaté Rodiny.

I. SP - 1 rok praxe, 27 let- Dis., Bc.- sociální práce

#### **1) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?**

Primárně chci nabízet podporu ve všech situacích. Vycházím z toho, že člověk má právo rozhodnout se o svém životě. Pro pomoc se rozhoduji v situacích, kdy je klient schopný se rozhodovat a dokázat za své rozhodnutí přijmout následky.

#### **2) Jaké si myslíte, že jsou přínosy a rizika nedirektivního přístupu? (nabízet pomoc).**

Přínos- Klient se může rozhodovat. Rozvíjí to jeho myšlení, vnímání, zvyšuje mu to sebedůvěru, svobodu, učí se rozhodovat. Upevňuje se v tom vztah k pracovníkovi, protože se snižuje závislost na pracovníkovi. Klient si uvědomuje realitu života.

Rizika- Ke škodě klienta může být, když je míra svobody větší, než klient může unést. Když klientovi dovolím víc, tak tím mu neposkytnu podporu a může ho to rozrušit.

Je to psychická zátěž pro klienta, když možnost rozhodování není úměrná k jeho možnostem rozhodování. Riziko je v tom, pokud se klient rozhodne ve svůj neprospěch, protože tomu nerozumí. Může se rozhodnout jen v situacích, kterým rozumí, protože jinak může ublížit sobě, okolí, přátelům, své ekonomické situace. Může se rozhodnout špatně, ale on neponese ty následky, ale pracovník. Není to o tom, nějak se rozhodni, ale učit se rozhodovat.

#### **3) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?**

Pro kontrolu se rozhoduji, když je tam riziko. Riziko toho, že klient není schopen udělat rozhodnutí, nebo je schopen udělat rozhodnutí, ale není schopen přijmout následky.

Pro ochranu se rozhoduji v situacích, kdy klient není schopen porozumět situaci. Ne vždy klient pochopí celou situaci, když dám možnosti volby. Je to o možnostech klienta.

Volím kontrolu, pokud je ohrožení života nebo bezpečnosti jeho nebo někoho jiného.

**4) Jaké si myslíte, že jsou přínosy a rizika direktivního přístupu? (přebírat kontrolu).**

Direktivní přístup je méně časově náročný a pro pracovníky je snadnější.

Přínosy pro klienta jsou v tom, že se mu zpřehlední situace. Osvobodí se od zodpovědnosti k vlastnímu životu. Někteří klienti uvítají, že se nemusí rozhodovat. Raději mají, když se někdo rozhoduje za ně. Když o tom přemýšlím, tak si osobně nemyslím, že by to mělo nějaké přínosy, nedokázat udělat rozhodnutí.

Vnímám z pohledu pracovníka dilema, do jaké míry se rozhodovat za klienta.

Riziko vnímám v tom, že já jako zaměstnanec nedám klientovi možnost rozhodnutí a ani to nezkusím. Jde o to, že špatně zhodnotím míru toho rozhodnutí. Když je míra direktivního přístupu větší, je to ke škodě klienta. Klienti jsou buď schopní se rozhodovat, nebo nejsou, nebo v nějaké míře.

**5) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?**

Rozhodně poznám, když to dělám. Ano umím rozlišit, zda poskytuju pomoc nebo kontrolu. Na jedné straně nabízím možnosti, služby, ale také dělám rozhodnutí za klienta. Pokud dělám rozhodnutí za klienta, musím klienta dobře znát. Osobně upřednostňuji dávání možnosti výběru.

**6) Jaký model přirozeně preferujete?**

Jako osobnost se rozhoduju pro nedirektivní, poskytovat pomoc. Preferuju nedirektivní a volím individualitu (ke každému klientu). Myslím si, že i profese se rozhoduje pro nedirektivní, máme standardy kvality sociálních služeb, listinu základních práv a svobod.

**7) K jakému modelu se přiklání organizace, ve které pracujete?**

K tomu nedirektivnímu s důrazem na individuální možnosti klienta. I když to není vždy dodržováno, protože nedirektivita je více časově náročná.

**8) Jaké rizika, související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?**

Riziko vidím v tom, že klienti mají v domově omezené možnosti rozhodování, protože v domově se vyskytují pravidla, která jsou větší, protože zde bydlí mnoho klientů a pracuje

mnoho zaměstnanců. Bydlí zde hodně klientů a hodně pracovníků, tak je snížen individuální přístup.

Riziko vidím i v architektuře domova, oddělení by mohla vypadat více jako byt.

Je to o penězích, záleží kolik má peněz sociální služba. V každé sociální službě jsou omezení i v rodině, v DOZP ve zvětšené míře.

**9) Domníváte se, že jsou ve vašem domově porušována práva uživatelů služby? Pokud ano, uveďte konkrétně.**

Domov je primárně neomezuje. Máme standardy kvality sociálních služeb. Omezení vychází z toho, že jsou omezení ve svépravnosti. Snažíme se o rozvoj, rozvíjet klienta v rámci možností. Když se nějaký klient může rozvíjet, tak můžeme nabídnout soudu, aby své rozhodnutí změnil. Tím dojde se střetu zájmu s opatrovníky.

**10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?**

To si myslím, že ne, protože bydlí ve 2-lůžkových pokojích. Otázka je, jak to vnímají. Někteří to nepotřebují. Mají tolik soukromí, kolik jim může nabídnout domov. V jiných domovech se vyskytuje více lůžek v pokoji. Snažíme se v maximální míře zajistit soukromí. Z pohledu zdravého člověka by to bylo málo soukromí.

**11) Jsou uživatelé motivováni a mají prostor pro samostatnost? Uveďte konkrétně. (otázka se týká hospitalismu).**

Záleží na míře znevýhodnění. Pokud je schopný, tak je motivovaný a má prostor.

Mohlo by to být rychlejší, nebát se zkoušet něco nového, riskovat. V mnohém záleží na opatrovníkovi.

Záleží na rozhodnutí klienta. Důležitá je názorná ukázka, více povídání o tom. Důležitý způsob, jak jsou nabízeny nové věci. Způsob nabízení by měl být více konkrétní pro možnost pro rozhodování. Vidět, zkusit, zažít, například jít na zkoušku do chráněného bydlení.

**12) Mají uživatelé ve vašem domově svobodu vytvářet partnerské vztahy, eventuálně soužití?**

Domov tomu nebrání, otázka příležitostí. Reálně by soužití šlo s ohledem na riziko, že klient je schopen zvládnout soužití (i sexuální stránku). S podporou by to šlo.

**13) Jak vnímáte stereotyp, který se vyskytuje ve vašem domově?**

Nějaká pravidla jsou v pořádku. V běžném životě máme pravidla. Otázka je míry. Nebát se věci zkusit jinak. Je otázka, zda ověřené situace jsou dobré.

Negativní stereotyp vidím ve způsobu, jak klienti tráví svůj volný čas. Negativně vnímám, když se to nezkouší jinak. Připadá mi, že aktivity na oddělení jsou pořád stejné.

**14) Jakým způsobem zmírňujete napětí, které vzniká díky společnému soužití?**

Důležité, aby klienti trávili čas i mimo domov a měli vlastní aktivity s asistenty (myšleno osobní asistence- soc. služba), dobrovolníky. Chodit také do jiné sociální služby, pokud by to klient zvládl. Vytvářet více soukromí, nemá-li klient 1-lůžkový pokoj. Učit se spolu komunikovat, konflikty vyřešit, vyjít si vstříc.

**15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?**

Různé situace konzultuju s odborníky. Ve svém volném čase dělám to, co mě baví: koníčky, přátelé, odpočívám, vzdělávám se. Dokážu oddělit práci od soukromého života. Důležité, že mě práce baví.

**16) Jaké jistoty, související s pobytem se vyskytují v domovech pro osoby se zdravotním postižením?**

Jistot je hodně. Klienti mají jistý počet pracovníků, že nikdy nebudou sami. Pracovníci jim nahrazují rodinu, že nebudou osamělí.

Klienti mají zajištěné bydlení, stravu.

**17) Myslíte si, že komplex péče, které domovy poskytují je výhoda nebo slabina pro uživatele?**

Není to výhoda pro ty, který by to zvládli sami. Pro ty, kdo to nezvládají, je to nutnost.

**18) Domníváte se, že jsou jiné sociální služby, které jsou připraveni převzít podporu a péči osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením a lidmi seniorského věku s mentálním postižením?**

Teoreticky ano, ale klient na to nemá peníze v případě osobní asistence, nebo pečovatelské služby. Je to otázka peněz. Možná denní stacionář. Dobré, že se služby poskytují v domácím prostředí. Záleží na individuální nastavení služby. Většinou sociální služby vybírají schopnější klienti.