

I.1 - 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 situaci. Může se rozhodnout špatně, ale on neponese ty následky, ale pracovník. Není to o tom, nějak se rozhodni, ale učít 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 architektonice 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 neomezující. 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 zkusit 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. Případá 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.

I.2 - 39, 7 let, psychoterapeutický kurz, Bc.- humanitární

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Myslím, že vím. Domnívám se, že pro klienty je to těžké pro adaptaci, protože každý z pracovníků je jiný. Někdo se chová spíše direktivně, někdo nedirektivně.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Hodně nedirektivní přístup souvisí s časem. Nabízet pomoc stojí o hodně více času než kontrola. Je lepší, když jsou v bytě dva pracovníci. Když chci někoho učit, tak se zaměřím na jednoho a asistuju u toho, aby tu činnost zvládnul sám.

Rozhoduju se pro pomoc, když klienta znám a uznám, že je toho schopen. Nesnažím se jít nad jejich limity. Snažím se využít a posilovat jejich dovednosti

3) Jaké si myslíte, že jsou přínosy a rizika nedirektivního přístupu? (nabízet pomoc)

Přínos je určitě v tom, že podporuju jedinečnost klienta. Je to o tom přijetí. Respektuji jeho možnosti, volbu a rozhodnutí udělat nějakou věc, situaci.

Riziko vnímám v tom, když klient o to nestojí, protože celý život prožili 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.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu? (direktivní přístup)

Souvisí to s časem. Pokud mám málo času, uchyluju se k direktivnímu.

Nebo pokud hrozí rizikové chování, např. zamýkání lednice. Zamykáme lednici, aby se jedna klientka neprojedla k smrti.

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

Přínos vidím v rychlosti, když má pracovník hodně klientů. Když pracovník nemá čas, tak mu to ten direktivní přístup usnadní, protože zvládne strašně moc úkolů.

Používám ho také v krizové situaci. Například zastavení sebepoškozujícího jednání, nebo agresivního jednání.

Nebo když to klientovi nejde a několikrát to zkouší, tak převezmu tu iniciativu a splním úkol.

Riziko direktivního přístupu vnímám v tom, že klientovi беру právo se rozhodnout. Omezuju jeho kreativitu, aby to udělal podle svého. Omezuju jeho svobodu. Dělán z něho závislého. Spoléhá, že mu něco rozkážu. Spoléhá na tu direktivou.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Přirozeně nedirektivní.

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

V organizaci to vnímám rozpolceně. Chtějí, abychom byli nedirektivní a přitom poskytovali ochranu, bezpečí klientovi.

Je tady silný vliv opatrovníků, kteří chtějí kontrolu pro své děti. Rodiče stárnou, tak chtějí mít jistotu pro své děti.

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

Vnímám mnoho rizik. Klienti se nudí, protože mají málo podnětu. Hodně spí. Spí po obědě, někteří klienti jdou spát už v 18 hodin a spí až do rána. Mají málo vztahů s okolím.

Riziko vnímám také v tom, že domov všechno zajišťuje. Myslím tím, prádelnu, kuchyň...

Klienti jsou závislí na pracovnících, nesnesou, když jsou sami. Žijí v kolektivu, který si sami nevybrali. Žijí ve dvou v pokoji. Nemají možnost navázat intimní vztah.

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

Jsou. Klienti jsou limitovaní hrozně. Všechno se porušuje. Klienti nemají rozhodování, co chtějí k jídlu. S kým chtějí bydlet. Nemají svobodu pohybu, protože závisí, jestli jsou dva pracovníci a jak se jim to hodí.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Rozhodně nemají, skoro žádné. Jsou stále někomu na očích a jsou na to závislí.

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

V malých krocích ano. Je snaha ze strany pracovníků, například aspoň vaření středečních večeří. Je to ale hodně omezené. Klientům se to líbí. Chtějí to. Je to takový trend.

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

Nemají. Nemají ani dostatek kontaktu. Nemají s kým. Kdyby se s někým chtěli seznámit, je nutná asistence, doprovod.

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

Chut' skočit z okna. Ubíjející.

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

Je snaha o rozbití skupiny. Často se to nedaří, protože jsou zvyklí být spolu a chtějí být spolu. Když jsme dvě v práci, jedna jde například ven.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Sport. Vycházky se psem. Meditace. Víra ve smysl. Humor. Udržování dobrých vztahů v týmu, pečování o vztahy. Mluvení o klientech, co mě rozčiluje. Dovolená.

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

Jako jistotu vnímám, že je jim tady poskytované ubytování, strava, prádelna. Je to tady materiálně vybavené. Sociální pracovníce jim pečují o finance. Je tady zdravotní sestra. Je to velmi chráněné prostředí, které chrání proti zneužití. Je tady taky ochrana proti stigmatizaci. V domově jsou brány jako normální, venku by nebyli.

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

Vnímám to jako slabinu. Ideální by bylo na jedno asistenta tři klienti, poté bychom nepotřebovali komplex péče.

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?

Myslím si, že ne.

I.3- 40 let, 10 let, SS

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Asi umím. Neříkám, že dělám vždy to, co bych chtěla. Vycítím to ze svědomí.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Příklad.

Když mám dostatek času, jak vnitřní tak vnější. To je hlavní. Trpělivost. Kdyby člověk nebyl tlačěn, tak se rozhoduje pro pomoc.

Rozhoduju se pro pomoc, když vím, jsem si jistá, že to ten klient umí. Má s tím tu zkušenost.

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

Přínos vnímám určitě v tom, že se klient začlení do normálního života, žije jako každý z nás. Pro něj samotného je radost, že není omezený. Povzbuzuje ho to určitě do dalších věcí.

Klient na sebe bere zodpovědnost.

Jako riziko vnímám, že mu to může ublížit na zdraví, poškodit, zničit.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Z časových důvodů, je to rychlejší.

Záleží na klientovi, jak ho znám. U každého je to jinak. Pro kontrolu se rozhoduju, když vím, že by to nebylo k jeho dobru. Mohlo by mu to ublížit. Samozřejmě, že si někdy může ublížit. Ale ne něco vážného, aby to nešlo vrátit zpátky.

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

Přínos direktivního vnímám u jednoho klienta. Kontrolní přístup ho motivuje. Kdybych mu nabízela různé činnosti, nebo se ptala otázkou, byla by u něj negace.

Za někoho se rozhoduju, když si myslím, že je to pro něj dobré.

Riziko direktivního vnímám v tom, že člověk ztrácí schopnost sám něco dělat. Klient se stává závislým na asistentovi. Asistent pak může snadno manipulovat s klientem.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Já bych řekla, že spíš se přikláním k té pomoci. Nedirektivní, pokud to jde. Mám z toho radost.

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

Myslím si, že více ten direktivní. Klienti byli vychováni v tom direktivním přístupu. Chtěli bychom nedirektivní. Hledají se cesty k tomu nedirektivnímu. Mění se to, ale velmi pomalu.

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

Určitě, jsou tu rizika. Jídlo, nemusí se o nic starat. Nosíme jim to pod nos. Nevnímají reálný život, všechno mají automaticky.

Riziko je i v tom, že klienti nemají soudnost v životě. V tom, že jim všechno patří a oni jsou chudáčci a všichni se o ně musí starat. Mají vodu, teplo, střechu.

Také mají panický strach z toho, aby nebyli sami, aby u nich někdo z pracovníků byl.

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

To je otázka. Přihlížela bych k tomu, že to jsou lidé s mentálním postižením. Kdybychom nezamykali lednici a nechali to tak, tak by se z jedné klientky stal ležák. V mnoha věcech klienty omezujeme. Myslím si, že je to dobře, ale třeba to není dobře.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

V rámci možností. Myslím si, že ti co by ho chtěli mít, ho mají. Otázka je, co je dostatek soukromí. Mne by to nestačilo.

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

Na našem oddělení jo. V rámci možností. Klienti nevyužívají všechny možnosti, které se jim nabízejí.

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

To nemají. Nevím, jak by se to řešilo.

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

Stereotyp velký. Mne stereotyp nevadí, mám ráda pravidelnost. Oni v něm jsou a taky jim to nevadí. Teda otázka je, jestli jsou zvyklý, nebo jestli ho potřebují sami.

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

Tady je napětí. První zasáhnu. Zeptám se proč?, že to není nutné. Druhotně odejdu. Pomáhá spor nechat na nich. Někdy pomůže nějaká jiná aktivita. Myslím tím, rozdělit skupinu.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Pomáhá mi, že nemám plný úvazek. Hlavně, že mám aktivity své vlastní, které jsou silnější než práce. Osobní život mě baví. Každý je jiný, já splachuju. Většinou nemusím nic řešit vnitřně. Když odcházím z práce tak „zavřu“. Je to taková psychohygiena.

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

Ze strany klientů je to určitě domov, zaměstnanci. Klienti to tu berou jako svoje zázemí. Cítí se tady jako doma, teda asi ne všichni. Jistoty domova berou jako samozřejmost. Hlavně je to jistota pro opatrovníky.

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

Takový střed. Neumím si představit, že by se to dělalo jinak. Kadeřník ani pedikérka by nemuseli přicházet do domova. Jenže jak by to dělali s klienty s těžkým mentálním postižením. Mělo by se to posuzovat podle klienta.

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?

Denní stacionář. Osobní asistence, ale je to otázka financí. Ideální, pokud funguje rodina. Zním jednu rodinu, kdy rodiče zemřeli a starají se o něj sourozenci. Já bych to nedala.

I.4 - 33 let, 10 let, Bc. sociální pedagogika

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Dokážu rozlišit, kdy používám ten direktivní. Nebo si to alespoň myslím. Mě osobně to připadá strašně subjektivní. Někdo si myslí, že poskytuje pomoc a přitom poskytuje kontrolu. Někdo jiný si naopak může myslet, že kontrolu a přitom poskytuje pomoc.

Záleží také na konkrétním klientovi. U někoho častěji ten direktivní, aby fungoval.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Většinou používám nedirektivní. Nedirektivní přístup je intuice. Používám pomoc, aby si uměli pomoci sami.

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

Přínos je určitě v tom, že klienti se umí lépe rozhodnout. Jsou samostatnější. Atmosféra je pozitivnější, uvolněnější.

Riziko nedirektivního vnímám v tom, kdy člověk vůbec nepoužívá ten direktivní přístup. Pak může dojít k situaci, kdy klienti nepoznají, kde jsou ty hranice.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Pro direktivní přístup se rozhoduju v rizikových situacích, například napětí. Nebo když hrozí riziko klientům vůči sobě, nebo někomu dalšímu. Někdy jsem nad tím nepřemýšlel, kdy používám direktivní. Člověk funguje i takhle doma s dětmi. Jsou určité situace, kdy jde o zdraví dítěte.

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

Je to dobré, pokud můžeme zabránit neštěstí, rizikové situaci. Ale nepoužívám direktivní přístup jako prevenci, protože nejde tomu úplně zabránit. U mě je direktivní přístup, pokud riziková situace už nastala.

Riziko vnímám v tom, že když se přehání direktivní přístup, tak klienti plní jen tvé příkazy. Nemají žádnou svobodu v rozhodování. Zastávám heslo, pomáhat tak, aby si uměli pomoci sami. Nechci říkat, co mají dělat. Poté se stávají nesvobodnými a závislými a neumí se rozhodovat.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Určitě nedirektivní.

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

V domově jsou čtyři oddělení a každé oddělení funguje jinak. Jedno oddělení vnímám jako spíše nedirektivní. Jedno jako direktivní. Jiné tak napůl. Hodně záleží na zaměstnancích a na stupni mentálního postižení u klientů.

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

Jako riziko vnímám to, že na oddělení je osm klientů. Mohou se napadnout mezi sebou.

Nelíbí se mi ústavní model. Vnímám to jako přežitek. Jako obrovskou škodu беру to, že se domov rekonstruoval za mnoho peněz a pořád je to ústav. Nevnímám to, že by to kopírovalo rodinný model.

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

Doufám, že ne.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Asi určitě ne. Dané tím, že jich je osm klientů na oddělení. Každý je jiný, odlišná osobnost. Každý z nich potřebuje odlišný režim. Kdyby chtěli být sami, tak to jde jen u těch, kteří mají 1- lůžkový pokoj. Nemohou si jen tak odejít mimo oddělení.

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

Záleží, jaká je filozofie oddělení. Záleží na pracovníkovi. Direktivní pracovník nemá potřebu uvažovat o tom, aby byl klient samostatnější.

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

Ne. Tady teda ne. Ani nevím, jestli někdo měl z klientů nějaký partnerský vztah. Já nejsem proti. Proč ne.

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

Stereotyp tady určitě je. Stereotyp vnímám v programu, který je stejný. Je těžké se stereotypu ubránit. Den se točí kolem hygieny, přípravy jídla, prádla, procházky. Více či méně.

Na druhé straně si nemyslím, že by to mělo být něco špatného. Pro klienty je to jistota. Ten stereotyp mají naučený. Máme tady autistu, potřebuje to.

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

Tady napětí určitě je, jednoznačně. Pokud jsou všichni v denní místnosti, tak je napětí. Zmírňuju napětí tak, že odděluju klienty, aby se nezdržovali dlouho pohromadě. 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.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Mám dvě věci. Ta první je sport, konkrétně běh, to je moje. Ta druhá věc jsou kamarádi. Jednou za týden jdu s kamarády na pivo. Tak v 5-6 lidech, vypovídáme se, napijeme se. Taky rodina.

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

Jistota je v tom, že je o klienty postaráno. Zajištěné základní potřeby jako teplo, jídlo, mají kde spát. Je tady kvalifikovaný personál, který by měl mít aspoň trochu přehled. Mají tady kolektiv.

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

Záleží na tom klientovi, jak má těžké postižení. Projevuje se demotivace a lenost u těch klientů, kteří mají potenciál, aby žili samostatně. U lidí s těžkým mentálním postižením je to jednoznačně pozitivní. Je o ně postaráno. Samostatně by to nedali.

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?

Napadá mě osobní asistence. Mít svého osobního asistenta, poskytovat 24 hodinovou asistenci. Mohou si to dovolit jen movitější klienti.

Možná ještě soukromé domovy pro seniory.

I.5 -8 rok praxe, Mgr.- sociální práce

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Domnívám se, že umím rozlišit pomoc a kontrolu. Rozlišuji, co si klient vyžádal nebo nevyžádal. Kontrolu nevnímám negativně. V některých případech jí беру jako potřebnou.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Pro pomoc se rozhoduji v případě změny, kdy chce klient pomoci sám od sebe. Týká se to např. splátkového kalendáře v případě exekucí, nebo když klient zjistí, že mu nevyhovuje služba. Nalézáme spolu sociální službu, která by mu vyhovovala.

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

Přínos vnímám v tom, že klienta netlačíme tam, kde nechce být. Je zodpovědný za své rozhodnutí. Cítí se volněji a necítí se být tlačěn. Přínos je v partnerském přístupu, kdy pracovník tak klient jsou na jedné lodi.

Přínos je také v tom, že klienta aktivizujeme. Získává nové schopnosti, větší sebedůvěru. Pracovník nepřebírá zodpovědnost, ale klient přebírá zodpovědnost sám za sebe.

Riziko vnímám v tom, že nabízet pomoc je náročné pro pracovníka v ohledu nalézt čas. Kdy situace, problémy nemusíme vyřešit rychle a zakázku probrat.

Riziko je také v případě, když se klient nechce sám podílet na rozhodnutí.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Kontrolu vnímám jako ochranu. Pro ochranu se rozhoduji 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. Probíráme co je reálně a co není.

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

Přínos je v tom, že se dá použít v případě, kdy nelze použít nedirektivní. V případě akutní krize.

Riziko vnímám v tom, kdy klient přesouvá rozhodnutí na pracovníka. Veze se. Přenechá zodpovědnost pracovníkovi.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Přirozeně direktivní v této práci. Pracuji s klienty se sníženým IQ. Je potřeba rozlišovat s jakými klienty člověk pracuje.

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

Taky direktivní. Neříkám, že se nepoužívá ten nedirektivní. Záleží na skladbě klientů. V chráněném bydlení je to něco jiného.

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

Rizika určitě jsou. Jako riziko vnímám ponorkovou nemoc. Klienti v domově tráví převážnou část roku a s rodinou tráví málo času. Díky tomu vzniká nesnášenlivost. Riziko vnímám také v nedostatku soukromí. Jsme kolektivní zařízení a nemáme jednoľůžkové pokoje.

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

Domnívám se, že ne. Nedokážu odpovědět, nepracuji v přímé péči.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Myslím si, že ne. Pokud to беру ze svého hlediska tak určitě ne. Je to kolektivní zařízení a není možné mít soukromí jako doma.

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

Klienti jsou motivováni, například prostírají stoly, převlékají postele, ustýlají. V domově jsou zvyklí, že jim pracovníci vše udělají a klienti jsou líní a nechtějí to dělat. Záleží na klientovi. Také na tom, jak to mají nastavené ze své rodiny. V rodině jsou často opečováváni a pak nechtějí nic dělat v domově. Myslím si, že prostor je, ale je zde otázka věku, pohodlnosti a zvyku.

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

V téhle službě není možné. V chráněném bydlení by to možné bylo. V domově mají klienti zhoršený zdravotní stav a nemají potřebu.

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

V běžném životě se objevuje také stereotyp ohledně práce, nákupu, děti... Klienti to mají podobné. Nemyslím si, že by byl jiný stereotyp, než máme my.

Snažíme se eliminovat stereotyp například v poskytování i jiné služby mimo domov. Stereotyp souvisí s věkem. V domově bydlí spíše starší klienti.

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

Snažíme se klientům nabídnout aktivity mimo domov například výlety, kulturně společenské akce, rekreace, muzikoterapie, jóga... Každý klient má klíčové pracovníka, se kterým chodí na kávu, nakupovat. Neděláme, že bychom přestěhovali klienta jinam a tím by změnil prostředí.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Syndrom vyhoření mě nepotkal. V pomáhajících profesích se objevuje často. Prevenci používám v tom, že nenosím práci domů. Zachovávám si odstup. Určila jsem si hranice a priority. Naslouchám svým potřebám. Práce je důležitá, ale jsou důležitější věci. Není jednoduché umět se odpoútat. Ve svém volnu jsem s blízkými lidmi.

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

Jistota je, že o klienty je komplexně postaráno ohledně stravy, bydlení, financí, zdravotní péče. Také v tom, že neskončí na ulici. Vědí, že někam patří, i když nemají rodinu. Klient není sám, má přátele, vrstevníky. V rámci domova jsou mu nabídnuty různé činnosti a tím může prožít smysluplný den.

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

Mělo by se to posuzovat individuálně a ne říct všeobecně. Výhoda je to pro ty klienty, kteří nejsou schopni se postarat o sebe samostatně. V domově klienty neopečováváme, snažíme se je zapojit.

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?

Velmi málo. U klienta seniorského věku s mentálním postižením je problém najít sociální službu.

Napadá mě osobní asistence v domácím prostředí. Těžké najít někoho kdo by to vykonával. Velmi málo ohodnocené a pro klienta drahé.

Ještě odlehčovací služby, ale ty jsou maximálně na 3 měsíce.

I.6 -13 let praxe, Mgr.- sociální práce

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Měla bych to umět. Záleží, jestli klient potřebuje pomoc nebo kontrolu. Někdo více či méně.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Hodně situací. Pomoc při oblékání, při stravování. Široké spektrum oblastí. Bavíme se o tom s klienty a snažíme se posunovat. Vždy funguje trénink např. s penězi, nošení průkazek.

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

Přínos vnímám v poznání, že si to klient může zkusit. V minulosti měli klienti předem připravené snídaně, dnes mají švédské stoly. Připraví si snídaní, vyberou si sami, pokud nemají dietu. Mají možnost výběru. Zážitek. Je to pro ně zkušenost běžná se životem, ne uměle vytvořená.

Riziko je vždycky. Záleží na činnosti. Např. v kuchyni krájet ostrým nožem. Buď budou něco dělat, nebo nebudou.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

V cestování v dopravě, jinak to nejde. Pracovník to řídí. Polovina klientů by se nechala přejet. Nebo při placení penězi v obchodě.

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

Přínos- Nevidím žádný přínos. Jedině ochránit klienta.

Riziko je, že se stane závislý na pracovnících a má strach něco změnit. Nebude chtít přijmout zodpovědnost.

Další riziko je v tom, že se mu to nebude muset líbit. Stane se agresivní. Záleží na situaci, např. v dopravě je kontrola řešení.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Nedokážu říci, v něčem direktivní a v něčem co není třeba, dám volnost. Jsem pro zodpovědnost a co největší samostatnost. Aby co nejvíce věcí dělali sami. V něčem překračuju hranice více, v něčem méně.

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

Určitě nedirektivní. Jsme více otevření, máme méně klientů (15).

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

Riziko vnímám v otevřeném domě. V domově je kavárna. Kdyby klient chtěl odejít, tak bychom ho neohlídali. Riziko ve stárnutí klientů. Také v nebezpečí úrazu, zranění i pracovníka.

Máme v domově psychiatrický klienty, kteří jsou agresivní.

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

Nemyslím si, že cíleně, ale určitě k tomu dojde.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Jak to jde. Snažíme se, ale více to nevydobudeme. Je nějaká architektura domova a v domově je také centrum denních služeb a denní stacionář. Určitě se to zlepšilo.

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

Ano.

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

Mají, ale nemají moc příležitostí. V minulosti to bylo ženské zařízení. Dnes je zde centrum denních služeb, kavárna.

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

Je to potřeba. Každý člověk má režimy. Jako pracovník si můžu něco naplánovat, ale skutečnost bude jiná. Záleží na rozpoložení klienta. Máme dané věci, ale záleží na klientovi.

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

Vnímáme ponorku, agresivitu. Snažíme se rozdělit skupinu, aby nebyli pohromadě.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Je to těžké po těch letech. Hodně s tím bojuji. Potřebuji změnu.

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

Určitě zázemí proti chráněným bytům. Domov je pro klienty, kteří potřebují více tu dopomoc.

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

Jak pro které klienty. Pro některé by chráněné byty nebyli.

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?

Není následná péče pro hodně těžkého klienta. Hodně klientů potřebují svého pracovníka. Těžké je také umístit psychiatrického klienta. Domovy nejsou psychiatrie.

I.7 -10 let praxe, středoškolské

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Já bych řekla, že ano.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Záleží, kde jsou ty hranice klienta. Dávám na výběr ze dvou věcí.

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

Přínos vnímám v rozvíjení a udržení mentální zkušenosti. Motoriky, psychiky. Získá nové zkušenosti. I my máme zkušenosti.

Riziko vnímám, že to klient nezhodnotí a ohrozí ho to na životě.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Kvůli bezpečnosti. Při přecházení silnice.

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

Přínos- Nevnímám žádný přínos.

Riziko vnímám v potlačení osobnosti klienta. Jeho fantazie. I když pro nás je to rozhodnutí špatné, tak mu do toho nemůžeme mluvit.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Na stejno. Jak s kterým klientem. Někdy je potřeba to, někdy něco jiného.

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

Nedirektivní, svoboda. Svoboda s hranicemi.

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

Riziko vnímám, že v okně nesmí být mříž. Zmizelo to. Někdo může vlézt, nezavírá se okno.

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

Myslím si, že nejsou. Svoboda je. To je náročné pro personál.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Já bych řekla, že ne. Jsou po dvou lidech. Můj názor je, že oni tu samotu taky nemůžou.

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

Ano, mají prostor pro samostatnost. Nejsme žádní komorníci, uklízí si sami.

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

Bydlí tu ženy a jeden muž. Jeden muž sem dochází a ten má holku, která bydlí v chráněném bytě. Tady nejsou žádné partnerské páry. V chráněných bytech ano.

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

Snažíme se, aby tady nebyl. Strašná otrava. Střídáme práce a nabízíme je klientům.

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

Pracuji v centru denních služeb. Tam nevnímám žádné napětí. V domově je napětí. Skupina se rozděluje. Ani se nedivím, že jsou na sebe alergičtí.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Mě ta práce přijde tak rozmanitá a různorodá. Dělam věci i pro kavárnu. Mám svůj život, rodinu, koníčky. Žiju tam. Nenechám se převálcovat.

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

Hospodaření s penězi, bezpečí, teplo, jídlo, bydlení. Je tady dobrý kolektiv. Ne žádný „ježibaby“. Bylo by dobrý, kdyby byl tady muž. Dostalo by to jiný náboj.

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

Nedovedu říci, jestli je to výhoda nebo slabina. Domovy důchodců a domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou kolektivní zařízení a to nemám moc ráda.

Nedovedu si představit, kdyby tito klienti žili v chráněných bytech.

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?

LDN. Domov důchodců, kde žije starý rodič s dítětem s mentálním postižením. Nejlepší je to doma

I.8 -12 let praxe, Bc.- vychovatelství

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Já si myslím, že jo. Snažím se poskytovat pomoc, ale sklouzne to někdy k té kontrole. Pomoc mi přijde více než dopomoc. U dopomoci čekám, co udělá klient.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Snažím se ve všech situacích. Ze všeho nejvíce. Největší pomoc je nepomáhat, aby si klient udělal co nejvíce věcí sám, pokud to zvládne.

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

Přínos vnímám, že klient je samostatnější, sebevědomější.

Riziko vnímám, že se může opařit, pokud si zalévá sám kávu, vysypat jídlo, které si připravil.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Pro kontrolu se rozhoduji v případě, pokud se klient sám neumyje, při nástupu do dopravního prostředku, při placení v obchodě. V případě, kdy hrozí poškození klienta.

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

Přínos vnímám v bezpečnosti klienta. To je nejpodstatnější.

Riziko vnímám ve střetu zájmu mezi pracovníkem a klientem. V případě, kdy pracovník zneužil moci, aby přesvědčil klienta rozhodnout se tak, jak klient sám nechce.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Samozřejmě se snažím o pomoc, ale někdy sklouznu ke kontrole.

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

Cíle střediska je pomoc. Samostatnost. V rámci standardů kvality sociálních služeb.

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

Snažíme se. Riziko vnímám v potlačení individuality, kdy klientů je dvanáct, a pracovníci jsou dva. Nemůže si dělat každý, co by chtěl. Další riziko vnímám v potlačení samostatnosti. Snažíme se, aby to tak nebylo. Z 30 klientů máme 15 klientů. Hodně věcí se změnilo. Dříve se klienti nerozhodovali.

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

Jsou v některých případech. Jako v každém domově. Není to chyba nikoho.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Otázka je, jaké soukromí chtějí. Celý život žili po osmi na pokojích. V současnosti bydlí po 1-3 lidech na pokoji. Myslím si, že kdo chce soukromí, tak si ho nalezne.

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

Jak co. Mají možnost si uvařit, kdo má zájem. Udělat si zákusek, salát. Nemají možnost si vyprat. Uklízí si sami. Nakupují sami. Snažíme se jim ten prostor dát.

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

Moc nemají. Muže máme jen jednoho. Chlapi chybějí. Nikdo by jim nebránil.

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

Podarilo se nám ho rozbít. V době, kdy jsem nastoupila, byl o mnoho větší. Snažíme se stereotyp rozbít i proti vůli klientů, vyžadují ho.

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

Napětí vnímám. Bydlí spolu 30-40 let. Hádají se, jsou alergičtí. Snažíme se, aby ti klienti, kteří spolu nechťejí být, se oddělili. Pokud danou aktivitu mají rády obě dvě, tak klientku bereme samostatně, aby spolu nemusely být.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Hodně zaneprázdněná jsem i v osobním životě. Neměla bych si práci tahat domů, ale někdy to nejde. Těžké to uskutečnit. V minulosti každá odpolední směna šla po práci na pivo. Taková zastávka mezi prací a domovem. Abychom nebyli nepříjemní doma, kde nás čeká druhá směna.

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

Primární věci, že klient nebude spát na ulici, někdo vyřeší jeho věci. Naplnění základních potřeb.

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

Těžké. Jsou klienti, kteří by se narodili před 20- lety dříve, tak by mohli žít v chráněných bytech. Někteří klienti mají i přes 65 let a to je pro ně důležité dožít v teple.

Pro většinu našich klientů to vnímám jako výhodu. Určitě ne pro všechny lidi s mentálním postižením.

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?

Tady ta následná péče není. U nás nemohou být, pokud se stanou „ležící“.

I.9 -3 rok praxe, Mgr.- filozofie

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Jo. Mám dostatečné vzdělání, kompetence, smysl rozlišovat přístupy k lidem.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

V maximálně situaci. Jsem pro koncept podporovaného rozhodování.

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

Přínos- Naše zařízení deklaruje jako instituce přístup zaměřený na člověka. Nesouhlasím s tím, že je správné deklarovat jen jeden přístup jako vše řešící. Myslím si, že je dobré přístupy kombinovat. Na druhou stranu ho vnímám jako jediný správný přístup k druhému člověku. Je respektující, důstojný.

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.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Pro kontrolu jsem v situacích, kdy není schopen zaujmout k situaci reálný postoj. Kdy nedokáže posoudit důsledky, nechápe sociální situaci, dochází ke kolizi zprávy druhých lidí, ohrožení jeho i druhých lidí.

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

Přínos vnímám k ochraně jeho i druhého člověka. V situaci kdy není schopen rozhodnutí učinit klient. Přínos vnímám také v poskytnutí zpětné vazby. Dále v pedagogických principech, pro účel orientovat se v realitě.

Riziko vnímám v převzetí zodpovědnosti pracovníka za klienta, v nerovnosti vztahu. Vnímám to jako obecnou systémovou diskriminaci. Druzí rozhodují a to omezuje náš vlastní potenciál, osobnost se upozaduje.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Preferuju nedirektivní. Humanisticky, lidsky kombinovaný. Neexistuje volba pouze jednoho přístupu.

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

Deklarujeme přístup orientovaný na člověka.

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

Rizik je celá řada. Nepřirozené prostředí, odtržení od běžné reality, hotelové pojetí služeb, nevedení uživatele k samostatnému způsobu života, koncentrace moci.

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

Jsou situace, při kterých může jednorázově dojít k porušení práv uživatele. Instrukce generuje dlouhodobé porušování práv uživatelů.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

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 a více-lůžkových pokojích, od kterých nemají ani klíče. Problém vnímám i v soužití s druhými lidmi ve dvou-lůžkových pokojích.

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

Nemají dostatek prostoru (např. prát si sami, vařit si sami, uklízet si sami). Otázkou se hodně zabýváme. Vytváříme prostor. Podporujeme podporované rozhodování u lidí, u kterých kompetence je, ale neumějí s ní nakládat. Vytváříme jí i tam, kde kompetence není. To znamená u lidí s vyšším stupněm postižení nebo u uživatelů s omezenou schopností komunikace. Začínáme ve věcech jako volba oblečení. Uživatel ví co je ano, ne a umí sdělit volbu. Uživatel si sám volí, jakým způsobem bude trávit volný čas, volnočasové aktivity. Samostatnost nemusí vést k socializaci. Například pokud se samostatně rozhoduje a nechce se účastnit nádobí, tak nastupuje direktivita. Jsou určité mantinely. Ne vždy je dobré pro člověka to co by chtěl. Je nutné individuálně přistupovat ke člověku.

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

To mají. To se nám daří. Hodně se zabýváme problematikou sexuality a sociálně partnerských vazeb. Máme v domově uživatele, kteří spolu bydlí.

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

Myslíte jako opakování činností nebo jako předsudek? (opakování činností)

Vnímám ho jako nefunkční. Například chození na oběd po domácnostech, kdy chodí celá domácnost. Klienti si sami nevolí čas, kdy by chtěli jít sami na oběd.

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

Napětí zmírňujeme. Účelně. Individuálně plánovanou aktivizací, kdy klient tráví část dne mimo domácnost.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Sportovní činnost, dostatek odpočinku. V době kdy mi končí pracovní doba, tak končí přemýšlení o organizaci a o klientech. Neřeším to nadměru. Snažím se také kombinovat různé

typy pracovních činností. Snažím se dělat time management, ve kterém se snažím být variabilní např. jít na úřady, dělat dobrovolnickou kampaň. Vzdělávat se je důležité. Také okamžité řešení v případě obtíží a konfliktu. Dále prosazování pozitivních změn do procesu organizace.

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

Vnímám jistotu a to sociální vazba mezi obyvateli. Znají se léta, mají přátelské vztahy. Samozřejmě základní jistoty jako jídlo, spánek, čistota, zdraví... Pomůžeme se spoustou věcí.

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

Je to slabina, pakliže nebude organizace propojena s běžným světem. Omezujeme, byť někdo může tvrdit, že zajišťujeme komfort, např. stříhání, kdy přijde do domova kadeřnice.

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?

Jsou, ale nejsou dostatečně rozvinuty. Poptávka převyšuje nabídku. Služeb je málo a nechtějí jen tak nějakého uživatele. Toto platí také o domovech pro osoby se zdravotním postižením, které mají obrovskou mezeru na trhu sociálních služeb. V případě kdy tisíce uživatelů jsou předem vyloučeni skrze své postižení.

I.10 – 6 měsíců v soc. služ, středoškolské

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Ano

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

V případě, že vím, že na to stačí. Udělat ten úkon. Nasměruji ho, abychom vyhledali možnost, jak tu činnost provést. Abychom to zvládli.

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

Riziko je pokud klientovi pomáháme tak si na to zvykne. Bere to automaticky.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

V případě rozhodování za klienta, který tak dalece neuvažuje. Důležité rozhodnutí např. lékař, jedeme mimo domov na výlet, orientace v terénu, aktivizace. Máme zodpovědnost za člověka.

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

Riziko je, pokud je kontrola moc přísná. Dochází k nedorozumění. Klient by si neměl myslet, že ho člověk do něčeho tlačí. Měla by fungovat vzájemná dohoda.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Záleží na situaci. Pracovník by měl zvládat oboje.

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

Myslím, že se tady řeší dohoda, domluva, porozumění. Pokud to nepomáhá, nastupuje direktivnější jednání. Pokud je situace vážnější, tak to řeší jiná osoba. My v přímé péči mapujeme a předáváme dál.

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

Riziko vnímám, že se uživatelé špatně adaptují, pokud jsou v jiném prostředí. Jsou nervózní v jiném prostoru. Když jedeme na výlet, je riziko adaptace.

Ostatní věci jsou podmíněné, například že jsou dva na pokoji. Nedá se s tím nic dělat. Nebo že jsou podřízeni režimu domova a nejsou svobodní. Domova má určitá pravidla, která jsou nastavena a musí se dodržovat.

Další riziko je, že není samostatný, jako normální člověk.

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

Myslím, že ne.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Soukromí je relativní pojem. Mají pokoj po dvou lidech ne po šesti lidech. Soukromí nemají strašně omezený.

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

Mají denně dílny, výtvarné kroužky. Využívají se po stránce pracovní, výtvarné.

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

Na našem oddělení máme partnerský pár. Bydlí spolu na pokoji. Možnost je.

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

Mě přijde ta práce stereotypní. Koupání, jídlo, denní režim. Je to stereotyp. Stereotyp kompenzuji jinou aktivizací, nebo že někam jedeme.

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

Napětí je a bude. Je to komunita, která spolu je denně. Většinou to jsou výstřelky. Pokud jsou horší konflikty, tak zasáhneme. Jsem pro, aby si konflikty řešili sami.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Občas nevnímám nějaké aspekty, které přicházejí, Nereaguji. Nekomunikuji za každou cenu. Samozřejmě co je důležité tak ano. Je to moje obrana, abych nevyhořel. Nepřipouštím si nějaké věci. Není dobré reagovat na všechny podněty, které klient vydává. Někdy přehlednu, je to psychicky náročné.

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

Určitě. Jistota domova. Je to domov, kde žijí. Jistota nemusí být, když porušují řád. Máme tady lidi z azylových domů, kteří mají návyky z azylových domů a následky z ulice. Tady v domově se mají kde umýt, mají jídlo, je o ně postaráno a časem zjistí, že pro ně ten život je tady lepší.

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

Veliká výhoda

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?

Určitě, například domy pro děti s mentálním postižením do 15 let. Chodí tam do školy, je tam domácí prostředí. Napadá mě modrý klíč v Praze a odlehčovací služba. V odlehčovací služba je služba pro rodinu a klient může být v zařízení maximálně 6 měsíců.

I.11 -1 rok praxe v soc. služ., středoškolské- sociálně-správní

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Myslím si, že jo.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Záleží na klientovi. Například pokud se dostane do konfliktu, chce, aby to vyřešil sám. Nebo určitě, co se týče úklidu.

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

Přínos vnímám v tom, že se klient rozhoduje sám za sebe. Je to pro něj zkušenost.

Rizika jsou, určitě. Že se rozhodne špatně a bude mít následky. Na druhou stranu se z toho ponaučí.

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Určitě v oblasti hygieny, stravování. Ne v tom ohledně toho, co budou jíst a kdy. Ale ohledně toho když jsou alergičtí.

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

Přínos je v tom, že nemusí nad ničím přemýšlet. Zvykli si, že jsou jako v hotelu.

Riziko je v tom, že si nic nevyzkouší sami. Nezačlení se. Nezvládnou se obléknout, nakoupit.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Nějak to kombinuji. Záleží na klientovi a situaci.

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

Direktivní spíše.

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

Žije tady hodně lidí na malém místě. Přijde do domova kadeřník, doktoři. Vše mají v budově. Je to tady jako ve vězení oplocené. Hotelové pojetí služeb, vše mají pod nosem. Neumí si poradit s běžnými situacemi.

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

Nemyslím si, že jsou porušována práva uživatelů.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Ne. 24 lidí na jednom malém místě. Snaha je. Klienti jsou hodně různorodí. Všechno je uspěchané

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

Určitě. Snažíme se u uživatelů, co jsou schopni, aby si řekli co chtějí. Snažíme se, aby byli samostatnější.

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

Jo. Bydlí spolu na pokojích.

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

Stereotyp je. Stejná činnost, ale vždy se stane situace, která to oživí. Vymýšlíme co nejvíce aktivit. Ne jen se koukat na televizi.

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

Určitě je napětí. Nedokážu to popsat. Přes den mají různé aktivizace, tak nejsou přes celý den spolu. Mají možnost trávit čas v pokoji, v obýváku, v kuchyni, areálu.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Chodím na jiný oddělení. Na jeden den jde někam jinam. Jsem jinačí typ, ostatní kolegové to nechápu. Mě to baví. Také si zajdu tady do kavárny a pomůžu jim s něčím.

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

Určitě. Mají jistotu domova. Kam složit hlavu, najíst se, zdravotní péče. Jistota, že nemusí být na ulici.

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

Záleží, jak kdy. Když přijdou k hotovému, tak určitě slabina. Ale na oddělení mají klienti možnost připravit si jídlo v kuchyňce.

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?

Asi určitě. Nenapadá mě žádná.

I.12 - 5 let praxe v soc. služ, středoškolské- všeobecná zdravotní sestra

1) Umíte rozlišit, zda poskytujete pomoc/kontrolu?

Určitě.

2) V jakých situacích se rozhodujete pro pomoc (nedirektivní přístup)?

Mapuju. Podle schopností a dovedností klienta vyhodnotím situaci.

Jde použít i rada.

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

Přínos je v individuálním přístupu. Pracujeme s lidmi s mentálním postižením. Musíme jim dávat takové podněty, které jsou schopné vnímat. Nemůžu nabízet stejné věci a podněty, které mě zajímají. Mentální úroveň je někde jinde. Potřebují individuální, běžné nároky. Ne větší nároky, které je přesahují. Každá má nějakou hranici, strop.

Riziko je, že nepochopím uživatele, nebo že uživatel nepochopí mě. Nepochopí obsah slova. Např. já budu chtít, aby se učešal. Klient udělá něco jiného, třeba odejde. Chtěla jsem podporu (učeše sám), ale změnil se to v kontrolu (udělám to za něj).

4) V jakých situacích se rozhodujete pro kontrolu (direktivní přístup)?

Když jsou rizika v podobě poškození, ublížení si. Ne běžné.

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

Přínos- Máme vypracovanou metodiku. Jako pracovníci pracujeme stejně s klienty. Stereotypem se dají věci naučit. Vznikne návyk.

Riziko- Určitě. V rozmazlenosti. Ještě by mohli, ale uděláme to za ně. Přebíráme za ně zodpovědnost.

6) Jaký model přirozeně preferujete?

Tak 50% na 50%. Ne že bych byla jenom pro pomoc nebo kontrolu. Jednou to můžu vidět, že na to uživatel má. Zkusí to a překvapí mě, že to zvládne, že to umí.

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

Nevím. Řeší se transformace, humanizace. Přiblížení oddělení domácnosti. To rozhoduje někdo jiný, než my.

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

Riziko vnímám, že nemáme přístup k financím klienta, když jdeme něco koupit. Nevíme jaké jmění a majetek mají. Mohli bychom to vědět. Ne proto, abychom toho zneužili, ale abychom věděli, co si který klient může dovolit a koupit si.

Nemyslím si, že jsou nějaká rizika vůči klientům, která souvisejí s pobytem.

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

Ne. To bychom mohli říct, že i doma. Máme přiblížit klienty běžnému životu. Doma si taky nemůžeme dělat, co bychom chtěli. Řešit domluvou. Určitě ne.

10) Mají uživatelé ve vašem domově dostatek soukromí?

Ne. Máme pěti-lůžkový pokoj. Zrovna řešíme rekonstrukci alespoň na dvě-lůžka na pokoji. Soukromí minimální. Na oddělení máme osmnáct klientů. Pět imobilních, devět inkontinentních, tři se sami nenajedí. Jsou bez verbální komunikace. Je to fyzicky náročné.

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

Naši klienti na oddělení, ve kterém, nezvládnou pochopení toho, co bych po nich chtěla. Nepochopí běžné činnosti. Mají závislost třetího stupně. Prostor by měli. Je to také hodně o zaměstnancích.

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

Jo to mají. Máme dva pokoje, kde žijí jako pár.

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

U nás se nevyskytuje stereotyp. Je to pestré. Neznáme stereotyp.

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

Ponorku nevnímám. U nich ji nevnímám. Jsou pořád ve stejném kolektivu, ale pracovníci se mění podle služeb. Reagují na každou z nás jinak. Necítím negativismus. Když chtějí být sami, tak si sednou například do křesla. Nenapadají se. Možná u nového klienta, který přišel se zařízení, kde jich bylo pět a nás je osmnáct. Motivujeme ho, aby nebyl agresivní.

15) Jakou prevenci používáte proti syndromu vyhoření?

Jsem akční. Baví mě knížky, příroda. Zabývám se pozitivním myšlením.

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

Domov nabízí dostatečné zázemí. Jistota, že mají vše zabezpečené.

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

Posuzovat individuálně. Někteří by mohli. V domově probíhá kadeřník, pedikéra. Vycházet ven a vychytat možnosti. U některých těžké, protože mají ztíženou mobilitu.

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?

Naši klienti potřebují 24 hodinovou péči. Ani s pečovatelskou službou si to nedovedu představit. Neexistují služby. Napadá mě stacionář, asistence, dobrovolníci.