

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Závislost na sociálních službách ve Stacionáři mezi mosty Trutnov

The addiction on a Social Services in Stacionář mezi mosty Trutnov

Bakalářská práce

Autor: Jaromír Rejmont
Studijní program: B 092301 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Hradec Králové, 2021



Zadání bakalářské práce

Autor: Jaromír Rejmont

Studium: U1752

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Závislost na sociálních službách ve Stacionáři mezi mosty Trutnov**

Název bakalářské práce The addiction on a Social Services in Stacionář mezi mosty Trutnov AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce má za cíl zjistit důvody závislosti klientů na sociální službě ve stacionáři pro mentálně postižené. Teoretická část přiblíží a definuje samotný pojem "závislost na sociální službě" a pojmy přidružené. Rozebere se také význam, poslání a funkce denního stacionáře jako sociální služby. Dále bude představeno zařízení, ve kterém bude probíhat výzkum. Výzkum bude probíhat v denním Stacionáři mezi mosty Trutnov. Zkoumanou cílovou skupinou budou klienti stacionáře, kteří mají lehké až střední mentální postižení. Cílem výzkumu bude zjistit důvody jejich dlouhodobé docházky. Zvolil jsem kvalitativní výzkum, který bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří navštěvují stacionář nejdéle (až 25 let).

HEINZ - Peter Röhr. Závislé vztahy. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80- 7367-853-1.
MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. Sociální práce v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. MUSIL, Libor. "Ráda bych Vám pomohla, ale ..." Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové dne 15. 7. 2021



Anotace:

REJMONT Jaromír. *Závislost na sociálních službách ve Stacionáři mezi mosty Trutnov*. Hradec Králové: Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. Bakalářská práce

Práce má za cíl zjistit důvody závislosti klientů na sociální službě. Teoretická část přiblíží a definuje samotný pojem „závislost na sociální službě“ a pojmy přidružené. Dále bude představeno zařízení, ve kterém bude probíhat výzkum. Výzkum bude probíhat v denním Stacionáři mezi mosty Trutnov. Zkoumanou cílovou skupinou budou klienti stacionáře, kteří mají lehké až střední mentální postižení. Formou polostrukturovaného rozhovoru s osobami, které jsou klienty stacionáře nejdéle (až 25 let). Cílem výzkumu budou zjištěny důvody jejich dlouhodobé docházky.

Klíčová slova: závislost na sociální službě, mentální postižení, denní stacionář, dlouhodobá docházka

Annotation:

REJMONT Jaromír. The addiction on a Social Services in Stacionář mezi mosty Trutnov. Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2020, Bachelor Thesis

This work has the aim to find out a reasons for addictions to social service in a care center for mentally handicapped. Theoretical part shows and defines the term „addiction to a social service“ and terms associated with it. It will also deal with meaning and functions of daily care center as social Services. Then there will be introduced the facility where the research will be carried out. The research will be carried out in a daily care center – Stacionář mezi mosty Trutnov. The examined group will be clients from dare center who have slight to medium mental handicap. By form of semi-structured interview with people who have been clients of the care center for the longest time (up to 25 years). The research part will use methods of qualitative approach. The aim of the research is to find out reasons of their long term attendance

Keywords: addictions to social service, mentally handicapped, daily care center, long term attendance

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. Problematika mentálního postižení	10
1.1 Zdravotní postižení.....	10
1.2 Mentální postižení.....	10
1.3 Pervazivní vývojové poruchy	12
1.4 Dětská mozková obrna	13
1.5 Downův syndrom	14
1.6 Roztroušená skleróza	15
1.7 Epilepsie	15
1.8 Organické duševní poruchy	16
1.9 Přístup k osobám s mentálním postižením	16
2. Denní stacionář	18
2.1 Postavení denního stacionáře v kontextu sociálních služeb	18
2.1.1 Odborné profese v denním stacionáři.....	19
2.1.2 Klient stacionáře v interakci se sociálním prostředím.....	21
2.2 Denní stacionář jako organizace.....	21
2.2.1 Historie denního stacionáře	22
2.2.2 Cíl denního stacionáře	23
2.2.3 Péče a činnosti v denním stacionáři	23
2.2.4 Denní stacionář dle zákona	24
2.3 Alternativní sociální služby k dennímu stacionáři	25
2.4 Stacionář mezi mosty Trutnov.....	26
2.4.1 Veřejný závazek	26
2.4.2 Historie Stacionáře mezi mosty Trutnov	26
2.4.3 Garantovaná nabídka služeb	28
3. Problematika závislosti.....	30
3.1 Definice pojmu závislost.....	30
3.2 Základní dělení	31
3.3 Behaviorální závislost	31
3.3.1 Klasifikace behaviorální závislosti	32
3.3.2 Diagnóza behaviorální závislosti	32

3.4	Diagnóza závislosti dle DMS - 5	33
3.5	Závislost na sociální službě	34
3.5.1	Prvky závislosti na sociální službě	36
3.5.2	Důvody vzniku závislosti na sociální službě	37
3.5.3	Příspěvek na péči	38
3.5.4	Dlouhodobá docházka	38
	Shrnutí teoretické části	40
	VÝZKUMNÁ ČÁST	41
4.	Příprava výzkumného šetření	41
4.1	Hlavní výzkumný cíl	41
4.2	Dílčí cíle výzkumu	41
4.3	Metodické ukotvení výzkumných aktivit	45
4.3.1	Kvalitativní výzkum	45
4.3.2	Nevýhody kvalitativního výzkumu	46
4.3.3	Srovnání s kvantitativním výzkumem	46
4.3.4	Polostrukturovaný rozhovor	48
4.4	Výběr a charakteristika výzkumného souboru	49
4.5	Realizace výzkumného šetření	51
4.6	Etika a rizika výzkumu	52
5.	Interpretace získaných informací	54
5.1	Interpretace informací k dílčímu cíli 1	54
5.2	Interpretace informací k dílčímu cíli 2	57
5.3	Interpretace informací k dílčímu cíli 3	58
5.4	Shrnutí interpretace získaných informací	58
5.5	Interpretace výsledků	59
	Závěr	61
	Seznam použité literatury	63
	Zákony	65
	Internetové zdroje	65

Úvod

Tématem bakalářské práce je závislost na sociální službě. Práce poskytuje obecný náhled na problematiku závislostí, zároveň se hlouběji zaměřuje na závislost behaviorální. Jelikož závislost na sociální službě spadá právě do této oblasti, kterou lze rovněž nazvat závislostí na chování či nelátkovou závislostí. Hlavní motivací pro výběr tohoto tématu byla má pracovní zkušenost. Jsem zaměstnán v denním stacionáři, kde pracuji jako pracovník v sociálních službách. Cílovou skupinou, se kterou pracuji jsou dospělé osoby s lehkým až středně těžkým mentálním postižením.

Na téma práce bude nahlíženo optikou sociální práce. Samotný pojem sociální práce lze definovat například tímto způsobem: „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, a jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.*“ (Matoušek a kol., 2008, s. 11) V této definici se mluví o zmírňování a řešení sociálních problémů prostřednictvím sociální práce. Pokud činnost spadající do sociální práce onen problém sama způsobí, dokáže ho opět napravit, a jakým způsobem? Konkrétně myšleno závislost na sociální službě.

Práce se zaměřuje na cílovou skupinu osob s mentálním postižením, jejichž míra mentálního postižení se pohybuje v oblastech lehké až středně těžké.

U osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením dosahuje jejich IQ hodnot 50-69, respektive 35-49. Pro lehké mentální postižení je charakteristická emocionální nezralost. Jedinci jsou zpravidla schopni úkonů péče o vlastní osobu. Jako je oblékání, hygiena a konzumace stravy. Při individuálním přístupu lze dosáhnout určitého stupně vzdělání. Rovněž uplatnění na trhu práce je možné, ale to zejména v nenáročných a nekvalifikovaných

profesích. Středně těžké mentální postižení se projevuje omezeným psychomotorickým vývojem a omezením řeči. Návěkem lze docílit částečné péče o vlastní osobu. Proces vzdělávání i zařazení do pracovního procesu je obtížný, ale za určitých specifických podmínek možný. (Zvoníková, aj., 2010)

Sociální služby mají ve společnosti důležité postavení. Jejich nabídka, dostupnost a forma práce je přesně definovaná v zákoně: „činnosti či soubory činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (Zákon č. 108/2006 Sb.). Na danou problematiku lze nahlížet i takto: „*Sociální služby chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají*“ (Matoušek, 2007, s. 11). Nutno podotknout, že samotné konání a zvolený způsob této činnosti, je třeba provádět prostřednictvím profesionální práce. V případě selhání se mohou objevit nežádoucí jevy, jako je závislost na sociální službě. Což jistě nelze považovat za ochranu občana.

Celá práce se úzce týká sociální služby denní stacionář, jelikož klienti této služby tvořili soubor informantů. Denní stacionář je ambulantní a dlouhodobá sociální služba.

Je určen osobám, které potřebují pravidelnou fyzickou pomoc jiné osoby. Klienti denního stacionáře mají sníženou soběstačnost. Důvodem je věk, zdravotní postižení nebo chronické duševní onemocnění.

Mezi klienty denního stacionáře je několik jedinců, kteří službu využívají více než 10 let. Zajímalo mne, zda u klientů, u nichž se dlouholetá docházka vyskytuje, lze hovořit o závislosti na sociální službě. „*Závislost je stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak i psychickou a sociální.*“ (Matoušek, 2003, s. 270). V této práci představuje závislost na sociální službě ona činnost obsažená v definici výše. Konkrétně se jedná o činnosti, které zprostředkovává denní stacionář v rámci svého denního programu.

Hlavním cílem textu je zjistit, jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do Stacionáře mezi mosty Trutnov a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě.

Obsahem dílčích cílů práce je zjistit, jak klienti vnímají svůj vztah ke stacionáři. Dále, jak jsou informanti informováni o jiných sociálních službách v okolí. Posledním dílčím cílem je

zjistit, jak klienti participují na pomáhajícím procesu a jak spolupracují s rodinou.

Jako výzkumná metoda byl zvolen kvalitativní přístup. Vzhledem ke způsobu sběru informací a výběru souboru informantů byla tato metoda nejvhodnější. Práce obsahuje hlavní výzkumný cíl a tři dílčí výzkumné cíle. Jejich přesná definice a počet dílčích výzkumných cílů byl několikrát modifikován až do finální podoby. Tento způsob práce je jedním ze znaků kvalitativního přístupu, který se vyznačuje svojí pružností. (Hendl, 2005)

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly vedeny s klienty a jejich rodinnými příslušníky, bylo hlavním cílem zjistit, jak se v jednotlivých případech projevují prvky závislosti. Zjištěné výstupy byly zpracovány v souladu s odbornou literaturou, jenž se problematikou detekování závislostí zabývá. Závěry plynoucí z práce by mohly být aplikované na denní stacionáře se stejnou cílovou skupinou, kterou má zařízení, v němž výzkum probíhal. Denní stacionář pro osoby s mentálním postižením má svá specifika, která jsou v práci přiblížena. Tato specifika mohou vést k tendencím blízcím se znakům závislosti. Díky pojmenování a rozboru jednotlivých znaků bude práce s klienty ve stacionáři efektivnější a bezpečnější. Věřím, že výstupy budou prospěšné jednak pro činnost stacionáře, ve kterém pracuji. Ale zároveň by závěry mohly být využity i jinými stacionáři se stejnou cílovou skupinou. Poznatky budou aplikovatelné v oblasti prevence a rozpoznávání závislostního chování u klientů.

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola se věnuje cílové skupině, na niž se práce zaměřuje, tedy osoby s mentálním postižením. Druhá kapitola přináší souhrnný pohled na problematiku denního stacionáře. A to jak v obecné rovině, tak se zaměřením na organizaci, ve které probíhala výzkumná činnost. Závěrečná kapitola v teoretické části se věnuje závislostem. S důrazem na závislost na sociálních službách.

Praktická část práce se nejprve věnuje metodickému ukotvení výzkumných aktivit. K získání informací byl použit kvalitativní výzkum. Hlavní metodou, která byla v praktické části aplikována byl polostrukturovaný rozhovor. Poté následuje interpretace zjištěných informací. Průběh jednotlivých rozhovorů je přiblížen a popsán. Výstupy z výzkumné činnosti jsou následně zpracovány v kontextu závislosti na sociálních službách.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Problematika mentálního postižení

První část této kapitoly se zaměřuje na teoretické informace o cílové skupině, na kterou se výzkum zaměřil. Klienti Stacionáře mezi mosty Trutnov, se kterými výzkum probíhal, docházejí do oddělení A, jenž je určeno pro osoby se zdravotním a mentálním postižením. Co se týče typu, míry a charakteru postižení, jedná se o různorodou skupinu osob. Proto jsou v následující kapitole charakterizovány všechny typy onemocnění a poruch, které se u klientů stacionáře pro mentálně postižené mohou vyskytovat.

1.1 Zdravotní postižení

Tento termín můžeme obecně chápat jako stav, který nepříznivě ovlivňuje kvalitu života člověka. Obecně lze říci, že člověk se zdravotním postižením může mít různým způsobem omezenou schopnost navázat a udržovat vztahy s ostatními lidmi a schopnost pracovat. Mezi základní kategorie zdravotního postižení patří postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči a komunikace. Postižení pohybového ústrojí, duševní poruchy a mentální postižení. (Matoušek, 2008)

1.2 Mentální postižení

Jedna z definic mentálního postižení je uváděna jako: „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje.“ (Zvoníková, aj., 2010, s. 105)

Toto postižení je vrozené a trvalé. Mezi základní znaky patří nízká úroveň rozumových schopností, nízká kontrola emocionality či vysoká potřeba akceptace. Jedinec s touto diagnózou dále obtížně odhaduje své možnosti, často vzniká problém, kdy přecení své síly nebo se naopak neodhodlá k úkonu, kterého by byl jistě schopen. Obvykle tento typ postižení doprovází i značná sugestibilita. Osoby s mentálním postižením jsou zpravidla snadno ovlivnitelní a důvěřiví. Vzniká zde riziko vnucení cizích názorů, postojů nebo vztahů. V některých případech je postižena řeč. Jedinec nedokáže řeč používat nebo ji porozumět. Zpravidla se u mentálního postižení objevuje i stereotypní chování a rituály. Narušení

vnitřního řádu jedince nebo zásah do jeho rituálu může vést k rozrušení, nervozitě nebo až k agresivitě jedince. (Matoušek, 2008)

Příčin vzniku tohoto postižení je hned několik. Ať už to jsou příčiny genetického, psychosociálního, infekčního nebo toxického charakteru. Mentální postižení rovněž vzniká při prenatálním nebo perinatálním traumatu mozku (Zvoníková, aj., 2010). Dochází k organickému postižení centrální nervové soustavy při nitroděložním vývoji nebo během porodu či krátce po něm. Pokud dojde k poškození mozku v pozdějším věku, nejedná se již o mentální postižení, nýbrž o demenci. Nezanedbatelný negativní vliv na postižení má prostředí, ve kterém jedinec žije. Například zanedbané rodinné prostředí, nepřítomnost rodinného prostředí, špatná výživa, aj. (Matoušek, 2008)

Základním kritériem pro posouzení mentálního postižení je míra rozumových schopností a naměřená hodnota inteligenčního kvocientu. Jedinci s IQ pod 70 je již diagnostikováno mentální postižení. (Matoušek, 2008)

Nejnižším stupněm je **lehké mentální postižení**. IQ v těchto případech dosahuje hodnot 50-69. Charakteristická je emocionální nezralost, což může zapříčinit omezené fungování sociální oblasti. Jedinci s lehkým mentálním postižením jsou zpravidla nezávislí v základní péči o vlastní osobu. Jsou schopni se sami obléci, najíst se, udržovat základní hygienu. Dále vykonávají základní praktické a domácí dovednosti. Za podpory speciálních pedagogů a specifických výukových postupů je možné dosáhnou určitého stupně vzdělání. Uplatnění na trhu práce je možná převážně v nenáročných nekvalifikovaných nebo v málo kvalifikovaných profesích. (Zvoníková, aj., 2010)

Rozmezí hodnot IQ je u **středně těžkého mentálního postižení** 35-49, což odpovídá přibližně úrovni šestiletého dítěte. Rozvoj řeči a psychomotorický vývoj je značně omezen. U některých jedinců je možné díky stereotypnímu nácviku docílit určité samostatnosti při péči o vlastní osobu. U osob se středně těžkým mentálním postižením je zařazení do pracovního procesu obtížné, nicméně možné. Je třeba zohlednit míru postižení řečových schopností nebo schopnost adaptovat se na nové sociální prostředí. Pro výkon práce je většinou nutný dohled. Charakteristické pro toto postižení jsou komorbidní poruchy, tedy

současný výskyt více nemocí. Často jedinci trpí přidruženými psychiatrickými (např. schizofrenie) nebo neurologickými (např. epilepsie) poruchami. (Zvoníková, aj., 2010)

U těžkého mentálního postižení se hodnoty IQ pohybuje mezi hodnotami 20 až 34. Vývoj komunikačních schopností a dovedností je velmi opožděný. Komunikace s jedinci s takto těžkým postižením je značně obtížná a zároveň individuální. Řeč je u osob s tímto stupněm postižení buď zcela potlačena, nebo jsou schopni se naučit a používat jen několik málo slov. Při dlouhodobém a trpělivém nácviku lze dosáhnout u některých jedinců s těžkým mentálním postižením osvojení základních hygienických návyků. V mnoha případech to ale není možné, jelikož se s tímto stupněm postižení velmi často pojí poruchy motoriky a pohybová postižení. Vývoj centrální nervové soustavy je poškozen v takovém rozsahu, že jsou tato přidružená postižení obvyklá. Zpravidla je nutný čtyřicetihodinový dohled a soustavná péče. (Zvoníková, aj., 2010)

Nejvyšší stupeň se nazývá **hluboké mentální postižení**. Inteligenční kvocient je nižší než 20. Jedinci jsou většinou imobilní a inkontinentní. Řeč je nerozvinutá. Komunikace s osobami s těžkým mentálním postižením je velmi těžce omezena až nemožná. (Zvoníková, aj., 2010)

1.3 Pervazivní vývojové poruchy

Specifickou skupinou v oblasti mentálního postižení jsou pervazivní vývojové poruchy. Ve srovnání s mentálním postižením nemusí být u jedince postižena inteligenční složka. Tyto poruchy charakteristické projevy a patří mezi ně mimo jiné dětský autismus, Aspergerův syndrom a Rettův syndrom. (Zvoníková, aj., 2010)

První zde charakterizovanou poruchou je **dětský autismus**. Jedná se o vývojovou poruchu, která se projevuje omezenými vztahy k lidem, různými obsesemi, poruchami řeči nebo až sebepoškozováním. Lidé s autismem zpravidla nemají rádi změny, vyžadují stálé a neměnné prostředí. Déle se vyznačují celou řadou nejrůznějších rituálů. Necitlivé narušení jejich režimu, může u jedinců s autismem vyvolat neklid, roztěkanost i agresivitu. (Matoušek, 2008)

Dětský autismus se častěji vyskytuje u chlapců než u dívek. Jeho projevy jsou rozpoznatelné

již před třetím rokem života dítěte. U osob s autismem je často diagnostikováno i mentální postižení. Není to ovšem pravidlem a nutno podotknout, že autismus a mentální postižení nejsou identické diagnózy. Péče o autistické osoby je náročná jak pro rodiče, tak pro odborníky. Jedná se o intenzivní, často individuální přístup. (Matoušek, 2008)

Další uvedenou poruchou je **Aspergerův syndrom**. Podobnost s dětským autismem je značná, ale vyskytují se zde některé zásadní odlišnosti. Člověk s Aspergerovým syndromem nemívá narušené řečové schopnosti a neprojevují se u něj motorické stereotypie. (Zvoníková, aj., 2010)

Poslední zde uvedenou pervazivní poruchou je **Rettův syndrom**. Projevy se u dítěte začnou projevovat až mezi 6. - 18. měsícem života. Do té doby je vývoj zcela bez příznaků. Charakteristické pro tento druh onemocnění je ztráta řeči a manuálních dovedností, zpomalí se růst hlavy, vyskytují se skolióza nebo kyfoskolióza, velmi častá je též epilepsie (až 75 % případů). Rettův syndrom se diagnostikuje převážně dívkám. (Zvoníková, aj., 2010)

1.4 Dětská mozková obrna

U onemocnění s názvem dětská mozková obrna je postižená centrální nervová soustava. Je zasažena především motorika, a to v různé míře. Ve většině případů je postižení kombinované s omezeními v dalších oblastech. Jako jsou například řeč, smyslové vnímání nebo rozumové schopnosti. (Matoušek, 2008)

Pro dětskou mozkovou obrnu je typický nerovnoměrný tělesný i duševní vývoj. U jedince se vyskytuje nesoustředěnost, těkavost či střídání nálad. Výjimkou nejsou ani impulzivní projevy chování. Představitivost a vnímání jsou často nedokonalé nebo nedostatečné. Přítomno je rovněž intelektové omezení. Onemocnění může být doprovázeno epileptickými záchvaty. (Vítková, 1998)

Tato neuro-vývojová porucha vzniká na základě postižení mozku v prenatálním nebo perinatálním období. Onemocnění je označované zkratkou DMO. (Vágnerová, 2008)

U osob s diagnózou DMO se nemoc může projevovat od lehké formy až po celkovou bezmocnost. Výskyt onemocnění v populaci se pohybuje mez 2–5 promile. (Komárek,

Zumrová, 2000)

Původ dětské mozkové obrny je různý. Pro vyvíjející se dítě je nežádoucí v podstatě jakákoliv nemoc, kterou matka během těhotenství prodělá. Nejrizikovější období pro plod je ale první trimestr. Typickými příklady ohrožujících nemocí jsou infekční žloutenka, různé záněty, chřipka nebo syfilis. Kromě onemocnění matky jsou pro plod škodlivé nedostatečné zásobené kyslíkem, rentgenové záření a narkotika nebo jiné drogy. (Šandera, 1975)

Významnějším stadiem pro faktory vzniku DMO je perinatální období vývoje dítěte. Doba během porodu a záhy po něm je pro dítě v souvislosti s touto nemocí nejnebezpečnější. Hlavním důvodem jsou abnormální porody. Jedná se o porod překotný a protahovaný nebo porod pánevním koncem. Předčasný odtok plodové vody je též jedna z možných příčin napomáhající ke vzniku onemocnění. Riziková je rovněž nesprávná poloha plodu, či defekt na pupeční šňůře. Významný nepříznivý vliv může mít také novorozenecká žloutenka. (Mydlil, 1995)

Aby nemoc v těle dítěte propukla, musí dojít k nežádoucímu působení v době kdy jsou struktury centrální nervové soustavy nejzranitelnější a jsou v momentálním maximálním rozvoji. Stěžejní je také doba trvání patologického vlivu. (Šlapal, 2002)

Vzhledem k výskytu, který se pohybuje v jednotkách promile, se nejedná o běžné onemocnění. Ke vzniku nemoci se musí střetnout řada nepříznivých okolností a vlivů, aby se nemoc u dítěte objevila. Nelze říci, že pokud matka během těhotenství prodělá chřipkové onemocnění, znamená to automaticky, že narozenému dítěti bude diagnostikována DMO. Jako u většiny nemocí je důležitá prevence, obezřetnost a informovanost.

1.5 Downův syndrom

Downův syndrom je vrozené postižení, pro které jsou typické tělesné příznaky, jasně rozpoznatelné již od narození. Toto postižení je doprovázeno lehkým až středně těžkým mentálním postižením. Příčinou vzniku je tzv. trizomie, jedná se o genetickou vadu na 21. chromozomu. Jako predispozice ke vzniku této poruchy může být vyšší věk rodičů dítěte. Downův syndrom lze diagnostikovat již během těhotenství, právě z tohoto důvodu

v populaci ubývá osob s touto diagnózou, jelikož mnoho těhotenství se ukončuje interrupcí. (Matoušek, 2008)

1.6 Roztroušená skleróza

Nemoc bývá rovněž odznačována zkratkou RS, odborný název je roztroušená skleróza mozkomíšní. Dřívější označení je polyskleróza. (Lenský, 2002)

Jedná se o nemoc nervové soustavy. Roztroušená skleróza je chronické autoimunitní onemocnění, postihující nervovou soustavu. U mladých nemocných je roztroušená skleróza až nejčastější progresivní neurobiologické invalidity. Nemoc se může projevovat postupně, ale zároveň jsou pro ni typické ataky a exacerbace, což jsou prudké záchvaty choroby nebo zhoršení či nové vzplanutí nemoci. (Havrdová, 2015)

Onemocnění se projevuje jednak neurologickými obtížemi, kdy může být zasažen intelekt jedince. Dojde ale rovněž ke zhoršení schopnosti pohybu, což vede až úplné imobilitě.

1.7 Epilepsie

U osob, kterým byla diagnostikována diagnóza týkající se narušení centrální nervové soustavy, se mohou vyskytovat další přidružená onemocnění. Typickým příkladem je epilepsie. Tato nemoc se objevuje u jedinců s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou, Downovým syndromem, ale i roztroušenou sklerózou. Hlavním projevem jsou opakované záchvaty. Jejich četnost a intenzita je velmi individuální. Při velkém záchvatu může jedinec ztratit vědomí. Tělo je v křeči nebo sebou nekoordinovaně škube. Jedinec v záchvatu ho není schopen ovládat. Naopak malý záchvat se většinou projevuje zahleděním, chvilkovou zmateností či dezorientací. Epilepsie je postižení mozkové tkáně chronického charakteru. Příčiny vzniku onemocnění mohou být různé, zpravidla se jedná o kombinaci více původů současně. Stěžejní ovšem jsou genetické dispozice nebo následky po poškození mozku. **Primární** nebo také vrozená epilepsie vzniká u jedince během nitroděložního vývoje, a to v případě že na plod působí nejrůznější nepříznivé vlivy prostředí. Vrozená epilepsie má též dědičné syndromy. U epilepsie **sekundární** jsou nejčastější příčinou úrazy, nádory, infekce či blokáce páteře. V takovém případě se jedná o získané epilepsii. V minulosti byla

epilepsie známá po pojmenováním padoucí nemoc nebo také svatá či božská nemoc. (Vágnerová, 2000)

V souvislosti s epilepsií je používán pojem duální diagnóza. Mentální postižení je někdy kombinováno i s neurologickými poruchami (Matoušek, 2008). Typickým příkladem je epilepsie.

1.8 Organické duševní poruchy

Pokud dojde u jedince k nežádoucím změnám v mozku během jeho života, jedná se o tzv. organické poškození. Jedinec se s tímto poškozením nenarodí, ani k němu nedojde záhy po narození. V důsledku nejrůznějších nežádoucích vlivů dochází k diagnóze s názvem: organické duševní poruchy. Mozek může být v těchto případech poškozen při poranění hlavy, v důsledku prodělání určitého onemocnění či nádorových diagnózách.

Oddíl onemocnění týkající se organických duševních poruch je velmi rozmanitý. Poškození mozku může jedince postihnout v jakémkoli období života. Vždy se jedná do diagnózu demence. Podrobnější specifikace následně určí charakteristiku, průběh a prognózu diagnostikované demence. (MKN-11)

1.9 Přístup k osobám s mentálním postižením

Vždy je třeba k osobám s různými typy mentálního postižení volit individuální přístup. Neexistuje jednotný návod nebo příručka, jak správně postupovat. Jsou určité znaky, které se s tímto postižením vyskytují a opakují se. Přípravenost a odborná znalost těchto znaků může práci se těmito osobami učinit smysluplnější a efektivnější. Ale zcela zásadní je onen výše zmínění individuální přístup k jednotlivci.

Lidé, kteří jsou s mentálně postiženými v kontaktu, ať už rodiče, pracovníci či společnost obecně, mají tendenci být příliš ochrannější nebo projevují značnou lítost (Matoušek, 2008). Tento přístup vede k nesamostatnosti a nedůslednosti. Svědomitým nácvikem lze u osob s mentálním postižením dosáhnout značných dovedností. A to nejenom v oblasti hygieny nebo péče o vlastní osobu, ale například v oblasti umění, hudby nebo sportu. Klíčem k úspěchu je trpělivost a empatie, která se ovšem musí projevovat ve zdravé míře.

Při práci nebo obecně v přístupu k osobám s mentálním postižením je důležitá motivace a adekvátní podněcování. Dále vytvoření klidných a přehledných podmínek pro činnost. Jasný řád a vymezená pravidla jsou přínosná jak pro postiženého jedince, tak pro pracovníka nebo blízkou osobu.

Hlavním trendem v moderním přístupu v sociální práci je co možná největší socializace osob s mentálním postižením. Cílem je v co největší míře zařadit jedince s postižením do společnosti.

2. Denní stacionář

Hlavním tématem druhé kapitoly je sociální služba denní stacionář. V první části proběhne jeho zařazení do kontextu sociální práce a přínos pro klienty v interakci se sociálním prostředím. V kapitole jsou charakterizovány odborné profese, které jsou zpravidla ve stacionáři zastoupeny.

Dále je podrobně charakterizován denní stacionář jako organizace. Je přiblížena historie vzniku, cíle, ukotvení v zákoně či činnost, která v denním stacionáři probíhá.

Závěr druhé kapitoly je věnován Stacionáři mezi mosty Trutnov. V této organizaci probíhala výzkumná část práce. Trutnovský denní stacionář je komplexně představen a charakterizován.

Denní stacionář jako sociální služba má svá specifika. Podrobné přiblížení problematiky denního stacionáře je pro práci stěžejní. Samotný výzkum probíhal s klienty stacionáře. Hlavní výzkumným cílem je zjistit: „*Jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do Stacionáře mezi mosty Trutnov a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě.*“. Proto je třeba poskytnout co nejobsáhlejší informace o organizaci.

2.1 Postavení denního stacionáře v kontextu sociálních služeb

Obecně lze definovat, že o sociálních službách mluvíme v souvislosti se zvýšením kvality života klienta a ochraně zájmů společnosti. Jedním z možných dělení je rozlišení krátkodobých a dlouhodobých sociálních služeb. (Matoušek, 2008)

U tohoto základního rozlišení je jako kritérium doba, po kterou je jedinec, osoba nebo skupina klientem dané sociální služby. Mezi krátkodobé sociální služby patří například sociální poradenství. Naopak typickým případem dlouhodobé sociální služby jsou zařízení, které mají pobytový charakter. Denní stacionář se spíše řadí mezi sociální služby dlouhodobé.

Dále je třeba rozlišit, zda se jedná o sociální služby, které jsou poskytovány klientům, tzv. klientské služby. Druhým příkladem jsou administrativní služby. (Matoušek, 2008)

Do každé sociální služby či sociální práce obecně spadá jak práce s klienty, tak administrativní činnost, do které patří například vedení evidence, tvorba metodických

pokynů a další agenda.

Sociální služby mohou být státní, obecní nebo nestátní. Státní sociální služby logicky provozuje stát. Ty obecní spravuje obec za podpory státu. Nicméně i na chodu nestátních sociálních služeb stát participuje. Stát nebo obec můžou svěřit sociální službu do soukromých rukou. Tyto nestátní organizace jsou státem regulovány a kontrolovány. Existují tedy soukromoprávní sociální služby, které mají od státu oprávnění ke své činnosti. V těchto případech je subjektu udělena od státu koncese. Stát může rovněž sociální služby skrze smluvní ujednání podporovat. Uděluje tomuto subjektu státní podporu (Matoušek a kol., 2001). Příkladem nestátních sociálních služeb jsou ku příkladu Alzheimer centra nebo penziony pro seniory.

Denní stacionář jako sociální služba má několik charakteristik. Jedná se o ambulantní sociální službu. Klienti do stacionáře docházejí a pobývají v tomto zařízení pouze určitou dobu. Nejedná se tedy o sociální službu pobytovou, kde jsou klienti ubytováni trvale. Dále také nesplňuje vlastnosti terénní sociální služby, ta probíhá v přirozeném prostředí klientů (Matoušek, 2008).

2.1.1 Odborné profese v denním stacionáři

V denním stacionáři jsou zastoupeny odborné profese. Tito zaměstnanci dle svého dosaženého vzdělání a pracovního zaměření poskytují klientům kvalifikované služby.

První uvedenou profesí je **sociální pracovník**. Zákon 108/2006 Sb. definuje jednak činnosti a povinnosti sociálního pracovníka, tak předpoklady pro výkon této profese. Sociální pracovník pracuje v různých sociálních službách, na úřadech, v nemocnicích, ve věznicích nebo ve výchovných ústavech atd. Soubor všeobecných znalostí sociálního pracovníka koresponduje s rozmanitostí jeho pracovních povinností. Patří mezi ně výkon sociálního šetření, zabezpečení sociální agendy, řešení sociálně právních problémů, poskytnutí sociálního poradenství, provádění analytické činnosti v sociální oblasti, sociální prevence, depistáž, poskytnutí krizové pomoci nebo poskytnutí sociální rehabilitace. Pro výkon povolání sociálního pracovníka zákon uvádí několik základních předpokladů. Jedná se o způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

Sociální pracovník musí mít dosažené vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oboru sociální práce. (Matoušek, 2008)

Dále může v denním stacionáři vykonávat svou profesi **speciální pedagog**. K výkonu profese speciálního pedagoga je třeba dosažení vysokoškolského vzdělání v oblasti pedagogických věd. Oborů speciální pedagogiky je několik, liší se svým odborným zaměřením. Mezi jednotlivé příklady zaměření patří speciální pedagogika, pedagogika předškolního věku, příprava učitelů základní školy, příprava učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy, příprava vychovatelů a doplňující studium k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňované vysokou školou, studijní obor pedagogika a doplňující studium k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňované vysokou školou. (Zákon č. 563/2004 Sb.)

Pracovní uplatnění speciálního pedagoga je velmi široké. Konkrétní uplatnění se odvíjí od problematiky, kterou se pedagog zabývá. Existuje celá řada osob s určitým znevýhodněním či postižením, na které se daný obor speciální pedagogiky soustředí. Co se týče denních stacionářů je typickým příkladem psychopedie, což je pedagogika osob s mentálním postižením. Dále somatopedie – pedagogika osob s tělesným postižením, zdravotním oslabením nebo onemocněním. Dalšími jsou surdopedie, tyflopédie, etopedie a další.

Zpravidla nejvíce zastoupenou profesí v denním stacionáři je **pracovník v sociálních službách**.

Náplní této profese je přímá péče o klienty. Nejedná se však o zdravotnického pracovníka. Pracovník provádí výchovnou činnost, pomáhá klientovi se získáním nebo s upevněním jeho správných návyků a důležitá je i pečovatelská práce. Zákon 108/2006 sb. definuje podmínky pro výkon této práce. Jsou to bezúhonnost, způsobilost k právním úkonům, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Pracovník je odborně způsobilý po absolvování kvalifikačního kurzu. (Matoušek, 2008)

Pracovník v sociálních službách najde uplatnění například v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, denních a týdenních stacionářích, aj.

2.1.2 Klient stacionáře v interakci se sociálním prostředím

Pokud se jedinec stane klientem denního stacionáře, je to zpravidla proto, aby se řešila jeho nepříznivá sociální situace. Díky sociální službě denního stacionáře dochází ke změnám v interakci klienta s jeho sociálním prostředím. Klientům denního stacionáře může v důsledku neposkytnutí služby hrozit tzv. **sociální vyloučení**.

Obecně lze vysvětlit pojem sociální vyloučení jako nedostatečná nebo žádná interakce jedince nebo skupiny se společností. Tato izolace od společnosti spočívá v nedostatečném přístupu k zavedeným organizacím, které zajišťují vzdělání, ochranu zdraví či základní lidské potřeby. Sociálně vyloučené osoby nemají stálé zaměstnání, nemají vzdělání, chybí jim dostatečný příjem, bydlí v nevyhovujících podmínkách a často žijí v menších skupinách s lidmi s podobnými problémy. (Matoušek, 2008)

Osoby s mentálním postižením jsou kvůli svému postižení ohroženou skupinou, která je sociálním vyloučením výrazně ohrožena. Jedním z hlavních důvodů je nízká uplatnitelnost mentálně postižených na trhu práce. Jedinci s mentálním postižením, kteří ukončí svůj proces vzdělávání, jen zřídka nastoupí do zaměstnání. Přichází tak o společenský kontakts vrstevníky, na který byli od útlého věku zvyklí. V těchto případech je denní stacionář vhodnou institucí, sloužící jako prevence proti sociálnímu vyloučení pro osoby s mentálním postižením. Pravidelná docházka, řád, pravidla a rozmanitost aktivizačních a sociálních aktivit zamezí nepříznivé sociální situaci, kterou je jedinec ohrožen.

Denní stacionář velkou měrou přispívá k deinstitucionalizaci, jelikož náplň činností ve stacionáři vede k větší samostatnosti, nácvičku nových dovedností a k neposlední řadě ke zvýšení sebevědomí. Vše výše zmíněné vede k životu mimo ústavní zařízení.

Klient směřuje k normalizaci, což je „ideál života pro lidi s hendikepem – právo na kvalitu života, která v co největší míře blíží životu bez handicapu.“ (Matoušek, 2008, s.118)

2.2 Denní stacionář jako organizace

Denní stacionář jako organizace či sociální služba má své rysy, znaky a způsoby práce a fungování. K přiblížení těchto charakteristik slouží následující podkapitoly. Nejprve je

pozornost upřena na historický vývoj denního stacionáře jako sociální služby v ČR. Dále jsou uvedeny cíle denního stacionáře a jeho ukotvení z pohledu sociálních služeb. Způsob péče a činnosti, které jsou v denním stacionáři poskytovány, jsou zde také zmíněny. Na závěr je denní stacionář charakterizován dle zákona.

2.2.1 Historie denního stacionáře

Historie tohoto typu sociální služby se v České republice, respektive v Československu začala odvíjet již před rokem 1989. V těchto letech vznikaly zdravotnické organizace převážně pro osoby s duševními chorobami. Dalším předchůdcem stacionáře, jak ho známe dnes, byly také tzv. domovinky, kdy hlavní cílovou skupinou byli senioři (Matoušek, 2008). Sociální služby pro osoby s mentálním postižením byly před revolucí zaměřeny převážně na ústavní péči. Nebylo výjimkou, že častým doporučením pro rodiče mentálně postižených dětí bylo, aby své potomky již krátce po porodu umístili do kojeneckých ústavů. V tehdejší době prakticky neexistovala vyhovující zařízení, respektive sociální služby vůbec, které by podporovaly integraci lidí s mentálním postižením do společnosti. Další opomíjenou složkou života mentálně postižených bylo smysluplné a pestré využití volného času. Ojedinelou činností, kterou dnes mimo jiné plní stacionáře, odvádělo Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Toto sdružení organizovalo různé kroužky, výlety a další vyžití pro osoby s mentálním postižením již před rokem 1989. (Matoušek a kol., 2005)

V neposlední řadě je třeba podotknout, že se nikterak neworkovalo ani s rodiči či s osobami blízkými. Byl výrazný nedostatek informací, odborníků a praktických zkušeností.

Listopadová revoluce v roce 1989 přinesla lepší časy pro vývoj sociálních služeb pro mentálně postižené. K ústavním zařízením začaly přibývat služby s charakterem chráněného prostředí, jako jsou právě stacionáře nebo chráněné dílny (Matoušek a kol., 2005). Společnost začala osoby s mentálním postižením lépe poznávat a lidé s mentálním postižením začali více do společnosti pronikat. Hlavním důvodem této změny byl vznik sociálních služeb, které osoby s mentálním postižením využívali pouze určitý čas. K dispozici nebyla jen ústavní péče, ale přibyla existence dalších alternativ. Jednou z těchto alternativ je právě denní stacionář.

První impulz pro vznik zařízení typu denní stacionář vzešel jednak z iniciativy rodičů postižených osob a také ze strany neziskových nestátních organizací. Tyto organizace začaly po roce 1989 poskytovat ucelené služby, a to jak pro děti, tak pro dospělé. (Matoušek, 2008)

2.2.2 Cíl denního stacionáře

Cílů stacionáře je několik. Záleží na výkladu hlavní myšlenky, kterou má stacionář splňovat a také na nabídce služeb, respektive na prioritních činnostech toho daného zařízení. Zásadní vliv na výše zmíněné má zajisté cílová skupina. Je důležité rozlišit, zda se jedná o mentálně postižené, seniory nebo osoby s duševními poruchami. Obecně lze s určitostí definovat tyto cíle: Prvním je efektivní, smysluplné a přínosné využití volného času. (Matoušek a kol., 2005)

Druhým cílem je zlepšení nebo zachování kvality života osobám se zdravotním postižením. Tyto osoby žijí převážně ve svých rodinách, ale vyžadují pomoc a podporu v různých oblastech svého života. Dále nesmí být opomenuti rodiče či blízké pečující osoby. Péče o lidi se zdravotním postižením je velmi fyzicky i psychicky náročná. Činnost stacionáře poskytuje úlevu a oddech pro pečující osoby. (Kozlová, 2005)

2.2.3 Péče a činnosti v denním stacionáři

Klientovi denního stacionáře je k dispozici celá řada nejrůznějších činností a aktivit. Denní stacionář zpravidla poskytuje klientům možnost stravování. Nabízí klientovi pomoc nebo trénink v sebeobsluze. Zaměstnanci stacionáře jsou připraveni poskytnout pomoc při hygieně a péči o vlastní osobu. Kromě pracovníků v sociálních službách bývá v denním stacionáři speciální pedagog, proto je možné poskytnout různé formy vzdělávání. Nedílnou složkou jsou sociálně terapeutické činnosti. Mezi které patří například arteterapie, různé pohybové terapie, taneční terapie, ergoterapie nebo sport. Díky dennímu stacionáři se jeho klienti dostávají do kontaktu se sociálním prostředím. Každý občan, respektive klient má svá práva a vyškolení a vzdělaní pracovníci stacionáře jsou připraveni pomoci s jejich uplatňováním. Nezřídka denní stacionáře spolupracují s jinými sociálními službami, které mají stejnou cílovou skupinu. Klienti denních stacionářů často využívají služeb sociální rehabilitace, chráněných pracovních dílen, sociálně terapeutických dílen nebo chráněného bydlení. (Matoušek, 2008)

Některé denní stacionáře využívají rehabilitačních služeb v podobě rehabilitační sestry. Není výjimkou, že klienti denní stacionářů pro mentálně postižené mají kombinovaná postižení. Zejména postižení pohybového aparátu. Nabízená rehabilitační aktivita má tedy charakter zdravotně sociální. (Matoušek, 2008)

2.2.4 Denní stacionář dle zákona

Denní stacionář, jako sociální služba má své ukotvení v zákoně. Konkrétně se jedná o Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách.

Pojem denní stacionář je definován ve třetí části daného zákona. Tato část nese název Sociální služby. V Hlavě I, která se nazývá Druhy sociálních služeb a úhrada nákladů za poskytování sociálních služeb, se definice denního stacionáře nachází v Díle 3 pojmenovaném Služby sociální péče. Dennímu stacionáři se věnuje celý paragraf 46. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Denní stacionář je ambulantní sociální služba. Je určena osobám, které potřebují pravidelnou fyzickou pomoc jiné osoby. Klienti denního stacionáře mají sníženou soběstačnost. A to z několika důvodů. Buď z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického duševního onemocnění. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Dle důvodu snížené soběstačnosti, denní stacionář nabízí své služby různým cílovým skupinám. Existují stacionáře pro mentálně postižené, seniory nebo osoby s duševním onemocněním.

Sociální služba denní stacionář poskytuje dle zákona celkem sedm základních činností. První definovanou činností je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Další činnost se týká osobní hygieny. Přesná definice dle zákona zní: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Denní stacionář dále poskytuje stravu pro své klienty. Pracovníci stacionáře jsou vzděláni v oblasti výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, proto jsou součástí základních aktivit. Stacionář zprostředkuje pro své klienty kontakt se společenským prostředím. Nedílnou součástí denního stacionáře jsou sociálně terapeutické činnosti. Mezi základní činnosti rovněž patří pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

2.3 Alternativní sociální služby k dennímu stacionáři

Ve výzkumné části se mimo jiné zjišťuje, jak jsou informanti informováni o alternativních sociálních službách. Jakým způsobem jsou informanti připraveni na případnou změnu sociální služby a zda znají konkrétní příklady jiných sociálních služeb. Aby byly definovány podobnosti či rozdíly ve srovnání s denním stacionářem, jsou zde charakterizovány blízké alternativy.

První zmíněnou alternativou je **sociální rehabilitace**. Jedná se o „soubor specifických činností směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70). Soubor oněch činností je podobný s aktivitami nabízenými v denním stacionáři. Poslání obou organizací je dost podobné. Sociální rehabilitace nabízí terénní, ale i ambulantní služby, což je další podobnost se denním stacionářem. Nespornou výhodou pro tuto sociální službu z pohledu vhodné alternativy pro klienty Stacionáře mezi mosty je fakt, že se tato sociální služba rovněž nachází v Trutnově. Další alternativní sociální službou je **sociálně terapeutická dílna**, která je „poskytovaná osobám *se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 67). Tato služba je rovněž ambulantní a zaměřuje se na sociálně pracovní terapii. Zde je možné najít značnou podobnost s denním stacionářem, a to jak co do formy poskytování služby, tak do nabízených činností. Nejbližší sociálně terapeutická dílna se nachází ve Dvoře Králové nad Labem, což by pro řadu klientů mohlo znamenat problém z hlediska dojíždění. Poslední zmíněnou sociální službou, která nabízí ambulantní formu jsou **odlehčovací služby**. Ty jsou „poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 44). Cílem této služby je poskytnout pečující osobě odpočinek a vydechnutí. Dočasný pobyt blízké osoby v této službě umožní pečující osobě nabrat psychické a fyzické síly do dalšího soužití. Nabídka činností není tak pestrá jako v případě denního stacionáře, ale v tomto

případě je spíše zacíleno na pečující osobu.

Doposud byly zmíněny pouze ambulantní služby. K dispozici je samozřejmě několik pobytových sociálních služeb jako jsou týdenní stacionáře, chráněná bydlení nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale nejedná se o ty nejbližší alternativy, co do formy poskytování služby. Proto zde nejsou podrobněji charakterizovány.

2.4 Stacionář mezi mosty Trutnov

Pro účely práce byl soubor informantů zvolen z řad klientů denního Stacionáře mezi mosty Trutnov. Proto je třeba tuto organizaci blíže představit, a to prostřednictvím jejího veřejného závazku, historie vzniku a garantované nabídky služeb.

2.4.1 Veřejný závazek

Posláním Stacionáře mezi mosty Trutnov je poskytnutí cílené, pravidelné a systematické ambulantní služby. Služby jsou prováděné ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Druhem sociální služby, která organizace nabízí je denní stacionář. Hlavních cílů organizace je několik. S klienty se pracuje na udržování získaných dovedností. Dalším cílem je podpora při dalším rozvoji mentálních, tělesných a sociálních schopností klienta. Činnost stacionáře se též zaměřuje na předcházení sociálního vyloučení klientů. (Stacionář mezi mosty Trutnov, 2020)

Stacionář mezi mosty Trutnov je rozdělen na oddělení dle cílových skupin. Je určen pro osoby starší 18 let s mentálním postižením a kombinovaným postižením (mentální a tělesné). Další cílovou skupinu tvoří osoby starší 55 let s chronickým duševním onemocněním. Což zahrnuje různé druhy demence a Alzheimerovu chorobu. Klientem Stacionáře mezi mosty Trutnov mohou být též senioři od 65. roku života. Sociální služba je poskytována především občanům města Trutnov a občanům žijícím v obcích, které se nacházejí ve správním obvodu města Trutnov. (Stacionář mezi mosty Trutnov, 2020)

2.4.2 Historie Stacionáře mezi mosty Trutnov

Denní stacionář byl založen již začátkem devadesátých let dvacátého století. Hlavní iniciativa

pro vznik sociální služby byla ze strany rodičů, jejichž potomci ukončili školní docházku a nebyli schopni se zapojit do pracovního procesu. Po dokončení vzdělávání ve škole se specializací pro mentálně postižené, která tehdy ještě nesla název „Zvláštní škola“, by absolventi zůstali bezprizorní. To byla hlavní obava jejich rodičů. Proto vznik stacionáře iniciovali. Připravený projekt nové služby byl v roce 1991 schválen a denní stacionář oficiálně v Trutnově založen. Prvních šest let své existence stacionář spadal pod Ústav sociální péče Markoušovice. Zřizovací listina tohoto ústavu byla rozšířena o novou sociální službu – denní stacionář. I když stacionář fungoval v rámci ÚSP Markoušovice, prostory pro jeho činnost se nacházely v centru města Trutnova na Palackého ulici v prostoru bývalých městských lázní. Prvními klienty stacionáře bylo 8 osob, z nichž dvě jsou součástí výzkumné činnosti této bakalářské práce. Důležitým rokem pro denní stacionář v Trutnově byl rok 1996. Přestal patřit pod ÚSP Markoušovice a přešel pod správu Ústavu sociální péče Hajnice. S touto administrativní změnou přišla i výměna prostor. Stacionář se z Palackého ulice přestěhoval do třetího patra Střední podnikatelské školy na Polské ulici v Trutnově.

Stěžejním obdobím pro denní stacionář je doba po roce 2003. V tomto období se uskutečnilo hned několik zásadních změn. Od roku 2003 se zřizovatelem organizace stalo město Trutnov. V roce 2005 se stacionář opět přesunul, a to do prostor bývalé mateřské školy na Náchodské ulici v Trutnově. Na této adrese stacionář sídlí dodnes. Do roku 2016 se stacionář dělil o prostory s dalšími organizacemi. Nejdříve na stejné adrese působili RIAPS, což je regionální institut ambulantních psychosociálních služeb a Mateřské Centrum KAROLÍNKA. Poté zmíněné prostory využívala mateřská škola Korálek. Od září 2016 využívá celý objekt na Náchodské ulici pouze denní stacionář. Další zásadní změnu přinesl rok 2017. Počátkem toho roku stacionář změnil svůj název z původního Stacionáře pro zdravotně oslabené a tělesně postižené na Stacionář mezi mosty Trutnov. S novým názvem došlo ke vzniku nového loga. V průběhu roku 2017 započala ve stacionáři rozsáhlá rekonstrukce nově získaných prostor. (Stacionář mezi mosty Trutnov, 2020)

Od roku 2018 byl stacionář rozšířen o dvě nová oddělení. Stacionář mezi mosty Trutnov nyní zahrnuje tři oddělení, které nesou označení A, B a C. Každé oddělení poskytuje služby jiné cílové skupině.

2.4.3 Garantovaná nabídka služeb

Klientům Stacionáře mezi mosty Trutnov je nabízeno mnoho aktivit, které jsou detailně popsány v garantované nabídce služeb. Rozsah využívání těchto služeb je sepsán již při uzavírání smlouvy a řídí se potřebami klienta.

Stacionář zajišťuje pro své klienty v prvním případě **pomoc při zvládnání běžných úkonů**. Jedná se o individuální formu a míru asistence při oblékání, svlékání a obouvání. Do běžných úkonů spadá i pomoc při přesunu na invalidní vozík či lůžko. Dále pomoc při orientaci ve vnitřních a venkovních prostorách v době poskytování služby. Dle potřeby je poskytnuta pomoc při podávání a konzumaci jídla a pití. Druhým bodem garantované nabídky služeb je **pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**. V těchto případech je poskytnuta individuální pomoc týkající se požadavků na osobní hygienu klientů a pomoc při používání toalety. Vždy je dbáno na soukromí klienta a na individuální přístup. Součástí stacionáře je jídelna. **Poskytování stravy** pro klienty je zajištěno v těchto prostorách. Stacionář zajišťuje dopolední svačiny, obědy a odpolední svačiny. Veškeré pokrmy jsou připravovány v kuchyni stacionáře a odpovídají zásadám racionální výživy a dietnímu režimu. Nedílnou součástí stacionáře je aktivní trávení volného času. Tomu velkou měrou napomáhají **výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti**, které Stacionář mezi mosty Trutnov svým klientům nabízí. Tyto činnosti mají za cíl udržení a ukotvení dosud získaných dovedností a znalostí. Dále také nabytí nových vědomostí a zkušeností prostřednictvím výchovně-vzdělávacích aktivit. Příkladem výše zmíněných činností je práce na počítači, procvičování čtení, psaní a počítání, exkurze, besedy, aj. Velký důraz je ve Stacionáři mezi mosty Trutnova kladen na aktivizační činnosti. Stacionář nabízí svým klientům celou škálu nejrozličnějších aktivit. Jedná se o hudebně-pohybové aktivity. Stacionář dále disponuje plně vybavenou pracovní dílnou. Podstatnou aktivizační činností je sport. Stacionář má svůj registrovaný sportovní oddíl složený z řad klientů. Sport je nejen každodenní součástí činností ve stacionáři, ale sportovci během roku reprezentují stacionář město Trutnov na nejrozličnějších soutěžích, závodech a turnajích. Stacionář dále spolupracuje s několika trutnovskými firmami, které dodávají klientům práci. Jedná se zpravidla o kompletaci elektrotechnických komponentů, která probíhá v prostorách stacionáře. Klienti jsou za

odvedenou práci finančně odměněni. V oblasti **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** je stacionář velmi aktivní. Klienti mají k dispozici řadu sportovních, kulturních nebo společenských akcí, které stacionář během roku pořádá nebo zprostředkovává. Obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou je dalším eventuální možností pomoci klientům. V kruhu **sociálně terapeutických činností** je hlavním cílem zvýšit klientovu samostatnost a soběstačnost. Motivovat klienta a vytvářet prostor k získání nových dovedností a vědomostí. Součástí Stacionáře mezi mosty Trutnov je cvičný byt, kde s klienty probíhá nácvik běžných domácích úkonů. V rámci cvičného bytu se s klienty řeší otázky péče o vlastní osobu a o své zdraví. Podpora a nácvik vlastního vyjadřování, veřejného vystupování a motivace k sebeprosazení není při práci s klienty ve stacionáři opomíjena. Doprovod a pomoc klientovi při zařizování osobních záležitostí například u lékaře, na úřadech, s právníkem, aj. To vše spadá pod pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, což stacionář v rámci své služby poskytuje. (Stacionář mezi mosty Trutnov, 2020)

3. Problematika závislosti

Téma závislosti je v práci ústřední. Proto je třeba tuto problematiku rozpracovat. V první části této kapitoly je samotný pojem závislost několikrát definován. Ony definice se posléze odrazí ve formulování dílčích výzkumných cílů i hlavního výzkumného cíle ve druhé části práce.

Zde jsou definovány přidružené pojmy, týkající se závislosti. Díky tomu jsou poskytnuty další teoretické informace, sloužící ke komplexnějšímu přiblížení dané problematiky.

Následuje základní dělení závislostí. Jednotlivé typy závislostí jsou charakterizovány. Podrobněji se práce věnuje behaviorálním závislostem, jelikož vzhledem k tématu práce je tento typ podstatnější.

V práci je dále uvedeno několik způsobů, jak diagnostikovat či indikovat závislostní chování. Závěry z těchto odborných zdrojů budou aplikovány v praktické části práce při vyhodnocování výsledků výzkumu.

3.1 Definice pojmu závislost

Pro teoretický základ problematiky je třeba uvést několik definic pojmu závislost. Ve vybraných definicích je vždy zahrnuto závislostní chování či závislost na činnosti, což je hlavním tématem celé práce. Informace o tom, co závislostní chování je a jaké má společné znaky s látkovou závislostí, je pro další části práce potřebné pro indikaci prvků závislosti. A dále nacházet spojitosti s definovanými nežádoucími projevy a chováním informantů.

Závislost jako pojem je velmi široký a existuje celá řada definic, které mají za cíl ukotvení tohoto pojmu v oblastech jeho výskytu. V práci je uvedeno několik definic ukazující různé úhly pohledu na pojem závislost. Vzhledem k charakteru výzkumné činnosti, které se netýká závislosti na látce, respektive droze, ale zaměřuje se na chování, které vykazuje prvky závislosti, se věnuje výraznější pozornost definicím pracujícím s nelátkovou závislostí.

Obecně se jedná o stav, kdy se člověk není schopen obejít bez dané látky nebo činnosti. Projevy tohoto stavu jsou rozmanité a různě intenzivní, v souvislosti s mírou závislosti.

V principu závislost člověka ovlivňuje jak fyzicky, psychicky, tak i sociálně (Matoušek, 2008).

Dalším pohledem na pojem závislost je, že se jedná o komplexní poruchu, pro kterou je charakteristické opakované nutkání. Ono nutkání lze jednak přiřadit k užití určité látky nebo k provozování určitého chování. Užívání látky nebo oddávání se danému chování je realizováno navzdory negativním důsledkům z toho plynoucím. (Hollen, 2009)

Co se týče přímé definice závislostního chování, tak lze říci, že jde o činnost, která je charakterizována opakujícím se vzorcem chování. Tento opakující se vzorec vede ke zvýšení rizika komplikací, a to jak zdravotních, osobních nebo společenských. Jedinec subjektivně pociťuje ztrátu sebekontroly. Vyskytuje se pocit okamžitého uspokojení, který je však krátkodobý. Následně se často projevují zpožděné škodlivé účinky, ty naopak jedinec pociťuje dlouhodobě. Pro závislost na chování je typická vysoká míra relapsů. (Marlatt, 1998)

3.2 Základní dělení

Obecně lze závislost rozdělit do dvou základních oblastí. V první řadě se jedná o závislost **látkovou**. V tomto případě jedinec užívá psychotropní látku, pro kterou se ve většině případů používá pojem droga. Po užití drogy dochází v lidském těle k nežádoucím patologickým procesům, které byly psychotropní látkou vyvolané.

Druhou základní oblastí věnující se problematice závislostí je **behaviorální závislost**. Jedinec vykazuje prvky závislosti na chování v souvislosti s určitými aktivitami, kterým se věnuje. (Vacek, 2014)

3.3 Behaviorální závislost

Daný pojem je popsán v různých odborných publikacích. Ne vždy se ale explicitně hovoří o behaviorální závislosti. Různé vědecké zdroje používání pro tuto problematiku i další pojmenování.

Častým adekvátním výrazem je nelátková závislost (Brown, 1993), což je doslovným antonymem pro závislost látkovou. Dalším pojmem, který zdůrazňuje, že se nejedná o

závislost na psychotropních látkách, je nechemická závislost (Marks, 1990). Ve vědecké literatuře se užívá výraz závislost bez substancí (Barrett, 2000).

3.3.1 Klasifikace behaviorální závislosti

Jednotlivé behaviorální závislosti lze oddělit do dvou velkých základních skupin. A to nejprve na závislosti, které již jsou uznávané jako klasifikované diagnózy. Druhou skupinu tvoří doposud nezařazené poruchy. Hlavním aspektem tohoto rozdělení je medicínské hledisko (Vacek, 2014).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí je definováno několik uznávaných diagnóz. V kapitole s názvem Návykové a impulzivní poruchy se nachází patologické hráčství neboli gambling. Další klasifikovanou poruchou je kleptomanie, což je chorobné kradení. Do zmíněné kapitoly rovněž patří chorobné zakládání požárů, známe pod pojmem pyromanie. Posledním termínem v kapitole návykové a impulzivní poruchy je trichotilopanie. Jedná se o chorobné vytrhávání vlastních vlasů nebo ochlupení. (MKN-11)

Druhá skupina neklasifikovaných behaviorálních závislostí je nepoměrně větší než ta s uznávanými diagnózami. Je tomu tak proto, že se u jedince může projevit závislost na jakékoli činnosti, která mu přináší uspokojení. (Marks, 1990)

3.3.2 Diagnóza behaviorální závislosti

Diagnostikování behaviorální závislosti u jedince musí splňovat určitá předem stanovená kritéria, která jsou součástí klinického obrazu. Těchto podmínek, respektive komponent je definováno celkem šest. První z nich nese název **význačnost**. Problematická aktivita se stane pro jedince nejdůležitější složkou života. Aktivita ovlivňuje významně jedincovo myšlení, chování a pocity. Inkriminovaná činnost je pro jedince natolik nepostradatelná, že ostatní aktivity v jeho životě se stávají vedlejšími. Další komponentou je **změna nálady**, která souvisí se zahájením, respektive ukončením aktivity. U jedince je znatelná zvýšená citlivost v okamžiku kooperace s aktivitou. Zahájení činnosti jedince zpravidla zklidní a působí vyrovnanějším a jistějším dojmem. Naopak konec činnosti u něj může neklid opět vyvolat. Podmínku, která rovněž spadá do diagnózy behaviorální závislosti, lze pojmenovat jako

toleranci. U jedince se vzhledem k pravidelnému umožňování aktivity projeví větší tolerance k dané aktivitě. V praxi je to možné interpretovat jako zvyšující se potřeba činnost provozovat déle a intenzivněji. Dosavadní intenzita již jedinci nepřináší uspokojení. Rovněž se u behaviorální závislosti mohou dostavit **abstinenční příznaky**. Při přerušení přístupu k aktivitě se jedinec může jevit jako neklidný, apatický či zmatený. Konkrétní behaviorální závislost je pro jedince natolik významná zátěž, že se u něj mohou projevit **interpersonální nebo intrapersonální konflikty**. Jedinec jednak vnitřně zápasí sám se sebou, uvědomuje si škodlivost svého jednání, ale na druhou stranu je touha po aktivitě velmi silná. Dále může jedinec přijít do konfliktu s jinými osobami nebo skupinami osob. A to právě v souvislosti s omezením nebo upravením inkriminované aktivity. Poslední komponentou, jenž podmiňuje diagnózu behaviorální závislosti je **relaps**. Jedinec se po přerušení činnosti, která se vyznačuje tím, že se v souvislosti s ní u jedince objevili prvky závislosti, k provozování dané aktivity opět vrátí. (Smolík, 2002)

3.4 Diagnóza závislosti dle DMS - 5

Americká psychiatrická asociace definuje šest projevů indikující závislost. Konkrétně se jedná o následující případy:

Prvním je **růst tolerance**. Jedinec navyšuje dávku, jelikož množství látky nebo činnosti, která ho při začátcích užívání uspokojovala, je nyní nedostačující.

Druhým projevem je tzv. **odvykací stav**. Jedinec při vysazení látky nebo pozastavení činnosti pociťuje různě silné abstinenční příznaky. Síla a projevy abstinenčních příznaků závisí na typu závislosti.

Další indikátor je stav, kdy jedinec **praktikuje intenzivnější užívání, než původně zamýšlel**. Jedinec pociťující prvky závislosti má pochopitelně často tendenci s užíváním látky nebo určitým chováním přestat či alespoň docílit jistého omezení.

Neúspěšná snaha o distanc nebo omezení je dalším definovaným projevem. Závislost dokáže jedince ovládnout natolik, že pohltí veškerou jeho pozornost a zájmy. To, že jedinec **omezí nebo zcela opustí jiné aktivity**, je právě jedním z případů, jenž může závislost

indikovat.

Posledním z výčtu projevů je stav, kdy jedinec stále **pokračuje v užívání, i když si je vědom toho, že se jedná o vážný problém**. Nutkání je v takovém případě silnější než vůle jedince.

Dle výše zmíněné definice se člověk stává závislým, pokud se během jednoho roku u něj objevily alespoň tři z těchto šesti projevů. V páté edici diagnostického a statistického manuálu se americká psychiatrická asociace zaměřuje především na látkovou závislost. Co se týče závislosti na činnostech, tak se v daném manuálu pracuje pouze s gamblerským. (Raboch a kol., 2015)

Pro potřeby této práce a indikaci prvků závislosti ze souboru informantů jsou použity projevy závislosti na chování, které jsou uvedeny výše. Pracuje se s projevy definovanými v souvislosti s behaviorální závislostí, což je závislost na chování (Smolík, 2002). Další projevy závislosti na chování jsou převzaty z páté edice diagnostického a statistického manuálu, ve kterém je sice zaměřeno i na látkovou závislost, ale není opomíjena ani závislost na chování. (Raboch a kol., 2015). Definované projevy závislosti, dle mého názoru, lze aplikovat rovněž na závislost na chování. Proto jsou i tyto projevy do práce zakomponovány.

3.5 Závislost na sociální službě

Nejedná se o závislost na nějaké látce, ale o závislost na určitém chování. Závislost na sociální službě sice není oficiálně definovaná diagnóza, ale prvky chování, vykazující závislostní chování, lze indikovat. Řadí se do velké skupiny neklasifikovaných behaviorálních závislostí.

Závislost na sociální službě je v této práci chápána jako potřeba realizace souboru činností, které jsou prováděny v souvislosti se sociální službou denní stacionář. Indikací prvků závislosti, pomocí výše charakterizovaných diagnóz, napomůže k řešení hlavního výzkumného cíle práce. Cílem je zjistit, jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě. A zároveň zjistit, jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do stacionáře. Ony důvody se mohou úzce týkat i případných projevů závislosti na chování.

Pojem závislost na sociální službě bylo již v minulosti několikrát zpracováno. Autoři

přístupovali k této problematice z různých úhlů pohledu. Přístupy oněch autorů budou přiblíženy a zároveň srovnány s přístupem, který byl uchopen v této práci.

Inkriminovaný pojem se objevuje v souvislosti s případovou prací s klientem. Konkrétně ve čtvrté fázi, která se nazývá „ukončení“, je řečeno, že pokud dojde ke zbytečnému prodloužení profesionální pomoci, posílí se klientova závislost na sociální službě. (Havránková in Matoušek a kol., 2003)

V případě této práce je soubor informantů tvořen klienty denního stacionáře, kteří službu využívají již deset let a více. Práce by měla definovat důvody této dlouhodobé docházky klientů do stacionáře a zjistit, jak korespondují s prvky závislosti. Dle výše zmíněné definice lze připustit možnost, že dlouhodobá docházka, a její zbytečné a bezdůvodné prodlužování by mohly posílit klientovu závislost na sociální službě.

Závislost na sociální službě může vzniknout hned na začátku poskytování služby. A to v případě, že nedojde ke správně definovaným individuálním cílům spolupráce, které mají řešit klientovu nepříznivou sociální situaci.

Při individuálním plánování se pracuje s interními možnostmi a schopnostmi klienta. Celý proces je cíleně směřován ke klientově samostatnosti a nezávislosti. (Hauke, 2011)

V rámci dílčích cílů výzkumu je v práci pozornost zaměřena na způsob participace klienta na pomáhajícím procesu. U klientů, kteří službu denního stacionáře využívají výše zmíněných deset let a více, by měl být znatelný posun směrem k samostatnosti a nezávislosti. Definování způsobů participace by mohlo vést k řešení výzkumných cílů.

Závislost na sociální službě se objevuje i v oblasti prevence. Mezi opatření, která by měla vést k předcházení vzniku závislosti, patří kromě jiného i pružný individuální plán, standardy pro řešení etických dilemat nebo princip empowermentu, což je posilování a zmocňování klienta. Dalším z důležitých opatření k prevenci vzniku závislosti na sociální službě je jasné definování cíle sociální služby. Tento cíl by měl být formulován v poslání organizace, které sociální službu poskytuje. (Matoušek, 2003)

Posláním Stacionáře mezi mosty Trutnov, kde výzkum probíhal, je poskytovat cílené,

pravidelné a systematické ambulantní služby v denním stacionáři, ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Hlavním cílem organizace je udržování získaných dovedností, podpora dalšího rozvoje mentálních, tělesných a sociálních schopností klientů a předcházení jejich sociálnímu vyloučení. (www.stacionartrutnov.cz)

Poslání a cíle sociální služby jsou v tomto případě definovány sice obecně, ale z jejich znění lze vyvodit několik závěrů. Jelikož je cílem denního stacionáře předcházení sociálního vyloučení klientů, lze chápat, že pravidelná docházka do služby tento cíl plní a může ho takto plnit dlouhodobě. Dále pokud má denní stacionář sloužit jako místo pro udržení získaných dovedností a podporu po rozvoj dalších schopností, tak i v tomto případě je možné plnit tyto cíle dlouhodobým využíváním služby. Tudíž se nemusí zákonitě jednat o závislost na sociální službě v případě, že klient dochází do stacionáře dlouhodobě.

3.5.1 Prvky závislosti na sociální službě

Snaha o indikaci závislostních prvků a zjištění, jak činnost denního stacionáře ovlivňuje klienta v rámci této problematiky, se v práci opírá o výše uvedené teoretické zpracování diagnostiky závislosti dle DMS-5 a behaviorální závislosti.

Jako prvky závislosti jsou pro tuto práci brány jednak projevy spojené s diagnózou behaviorální závislosti. Konkrétně se jedná o význačnost, změnu nálady, toleranci, abstinenční příznaky, interpersonální nebo intrapersonální konflikty a relaps. (Smolík, 2002)

Všechny tyto prvky závislosti a jejich projevy jsou již popsány výše v kapitole diagnóza behaviorální závislosti. Další prvky závislosti, které se v rámci výzkumné činnosti indikovaly, jsou obsaženy v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch. U jedince se takové prvky závislosti projevují rostoucí tolerancí a odvykacím stavem. Jedinec také praktikuje intenzivnější užívání, než původně zamýšlel. Neúspěšně se pokusil o distanc nebo omezení. Zcela nebo z části opustí své další aktivity. Posledním projevem z tohoto zdroje je činnost, kdy jedinec pokračuje v užívání, i když si je vědom toho, že se jedná o vážný problém. (Raboch a kol., 2015)

Podrobnější informace k tomuto zdroji jsou obsaženy v kapitole Diagnóza závislosti dle

DMS – 5.

Co se týče diagnózy behaviorální závislosti, což je ve své podstatě závislost na činnosti, jsem toho názoru, že lze tyto prvky závislosti aplikovat na závislost na sociální službě. U diagnózy dle DMS-5 jsou prvky sice spíše směřovány na látkovou závislost, ale pracuje se i se závislostí na činnosti, konkrétně se jedná o gamblerství. To znamená, že v tomto případě považují zmíněné prvky závislosti za aplikovatelné na cíl výzkumu této práce.

3.5.2 Důvody vzniku závislosti na sociální službě

Jedinec se zpravidla stane klientem sociální služby, pokud se ocitne v nepříznivé sociální situaci. Klient prožívá tíživé pocity a není schopen si pomoci sám. V úspěšném řešení klientovi situace je stěžejní přístup odborného pracovníka. Pokud se pracovník při poskytování sociální služby zaměří pouze na bezmoc klienta, posiluje tím u klienta pouze očekávání pomoci. Riziko vzniku závislosti se tímto postupem posiluje. Pracovníkův postup by měl spočívat v motivaci klienta. A to ve smyslu, že pracovník věří v klientovi schopnosti a sílu řešit svůj problém samostatně. Dále poskytuje prostor a informace k tomu, aby klient měl co nejlepší podmínky a pro nalezení způsobu řešení svého problému. Tímto procesem dojde k sebepotvrzení klienta, vyvolání pocitu sociální úspěšnosti a eliminaci vzniku závislosti na poskytované sociální službě. (Havránková in Matoušek a kol., 2003)

Významnou příčinou vzniku závislosti na sociální službě může být zdravotní stav klienta. Dopady zdravotního postižení (tělesného, mentálního, duševního, smyslového nebo kombinovaného) mohou učinit jedince závislého na pomoci jiné osoby. (Hauke, 2011)

V souvislosti s nepříznivým zdravotním stavem klienta se lze setkat s pojmenováním „terminálně závislý pacient“. Na stav tohoto jedince má výrazný vliv nadměrná podpora, která je poskytována během dlouhodobé hospitalizace nebo v souvislosti se sociálními službami. Jedinec ztrácí pocit vlastní odpovědnosti a je vnímán jako nemotivovaný. Jedinec působí nerozhodně a apaticky, i proto jsou rozhodnutí prováděna za něj. (Matoušek a kol., 2005)

V tomto případě se spíše jedná o osoby s výraznými zdravotní obtížemi, kteří potřebují péči

lékařského charakteru. Bakalářská práce se spíše zaměřuje na jedince aktivní a motivované, kteří nejeví znaky závislosti na zdravotní a přímé péči. Zkoumaná problematika se spíše týká závislosti na činnosti a prostředí, které denní stacionář nabízí.

Za další příčiny vzniku závislosti lze považovat emocionální, ekonomické, kulturní nebo intelektuální problémy klienta. Závislost na sociální službě může mít i podobu závislosti klienta na pracovníkovi. Jsou zaznamenány i opačné případy, kdy pomáhající závislého potřebuje. V obou případech se jedná o profesní chybu pracovníka. (Hauke, 2011)

3.5.3 Příspěvek na péči

V kontextu sociální služby se vyskytuje pojem závislost také v souvislosti s výší příspěvku na péči. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost daného jedince zvládat určité základní životní potřeby. Mezi tyto potřeby patří mobilita, péče o zdraví, komunikace, stravování, aj. Dle míry stanovené závislosti je žadateli přidělen příspěvek. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

V tomto případě se jedná o závislost na pečující osobě, jinými slovy závislost na pomoci. Adekvátní finanční příspěvek má jedinci zlepšit životní podmínky. Nejedná se tedy o závislost na sociální službě jako takové, na kterou je práce zaměřena. Závislost jako pojem se v sociálních službách vyskytuje i v tomto kontextu.

3.5.4 Dlouhodobá docházka

V teoretické části práce se operuje s pojmem dlouhodobá docházka. Je tím myšlena doba, kdy klient pravidelně a soustavně využívá služeb denního stacionáře. Jinými slovy lze hovořit rovněž o tomto vztahu denního stacionáře s klientem jako o dlouhodobé spolupráci klienta s organizací, což ale není v kontextu práce dostatečně výstižné. Pro účely výzkumu práce byli vybráni jedinci, kteří jsou klienty Stacionáře mezi mosty Trutnov minimálně deset let a jejich docházka nebyla přerušena. Práce je zaměřena na onu dlouhodobou docházku, pokud by se hovořilo o dlouhodobé spolupráci s organizací, nemusí to přímo evokovat fakt dlouhodobé nepřerušené a pravidelné docházky. Jedinec může s organizací dlouhodobě spolupracovat, například v rámci partnerských projektu, komunitního plánování atd.

V žádném případě neznamena, že klientova docházka, která je delší než 10 let, automaticky indikuje klientovu závislost na sociální službě. Hlavní výzkumný cíl je zaměřen na zjištění důvodů oné dlouhodobé docházky a zda se u klienta neprojevují prvky závislosti. Pojmenování důvodů a analýza prvků závislosti může značit, že u klientů, kteří službu využívají dlouhodobě, je jejich koexistence se sociální službou denního stacionáře prospěšná pro obě strany, a ne apriori vnímaná negativně.

Shrnutí teoretické části

Teoretická část je rozdělena na tři hlavní segmenty. Každý segment obsahuje poznatky, které poskytují teoretický základ pro výzkumnou činnost.

První část, které se zaměřuje na problematiku mentálního postižení, přibližuje specifika jednotlivých typů mentálního postižení a zároveň jejich vzájemnou rozdílnost.

Jelikož většina zmíněných charakteristik postižení je úzce spjata s klienty denního stacionáře pro mentálně postižené, je daný výčet přínosný pro průběh výzkumné části.

Výzkumná činnost probíhala v trutnovském denním stacionáři na oddělení pro lehce a středně těžké mentálně postižené klienty. Obecná charakteristika denního stacionáře jako sociální služby společně s představením zařízení, kde výzkum probíhal, poskytuje ucelený náhled na tuto oblast zájmu. Všechny výše zmíněné informace jsou obsaženy ve druhé hlavní kapitole teoretické části.

Pro závěrečné vyhodnocení dílčích výzkumných cílů a hlavního výzkumného cíle je stěžejní teoretický základ, týkající se problematiky závislostí, obsažený v poslední kapitole teoretické části. Je vymezen pohled na závislost, který nejlépe koresponduje se zkoumanou problematikou závislosti na sociálních službách. Díky teoretickým zdrojům, jsou definovány konkrétní znaky závislostního chování, jež jsou stěžejní pro výzkumné závěry.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Příprava výzkumného šetření

Obsahem této kapitoly je vše, co zahrnuje samotný výzkum. Je zde popsán hlavní výzkumný cíl celé práce. Dále jsou popsány dílčí cíle práce, které jsou následně provázány s otázkami použitými v rozhovorech. Poté následuje část zabývající se metodickým ukotvením výzkumných aktivit, kde jsou uvedeny použité výzkumné metody, a to společně s důvody výběru těchto metod. Výběr a charakteristika výzkumného souboru je další podkapitolou této části. Je zde charakterizován soubor informantů a kritéria jejich výběru. Na závěr je popsán proces realizace výzkumného šetření.

4.1 Hlavní výzkumný cíl

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do denního stacionáře a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti. Konkrétně se výzkum zaměří na Stacionář mezi mosty Trutnov a jeho klienty. Jedná se o klienty s lehkým až středně těžkým mentálním postižením. A zároveň se pokusit identifikovat prvky závislosti na sociální službě.

Znění hlavního výzkumného cíle této práce zní: „**Jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do Stacionáře mezi mosty Trutnov a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě.**“

Proběhne interpretace výpovědí informantů, týkajících se důvodů dlouhodobé docházky. Dále se rozbor rozhovorů zaměří na identifikaci chování, které by se dalo definovat jako prvky závislosti. Zdrojem pro definování chování s prvky závislosti bude publikace Duševní a behaviorální poruchy a dále Diagnostický a statistický manuál duševních poruch.

4.2 Dílčí cíle výzkumu

Dílčí cíle výzkumu byly definovány celkem 3:

DC1: Zjistit, jak klienti sami vnímají svůj vztah ke stacionáři.

DC2: Zjistit, jak jsou informanti informováni o jiných sociálních službách v okolí.

DC3: Zjistit, jak klienti participují na pomáhajícím procesu a jak spolupracují s rodinou.

První dílčí cíl má odhalit to, jak sami klienti vnímají svůj vztah ke stacionáři. Druhý dílčí cíl má zjistit povědomí informantů o možných alternativních sociálních službách, které by byly pro klienty stacionáře vhodné. Poslední dílčí cíl spočívá ve zjišťování způsobu participace klientů na pomáhajícím procesu.

Všechny tři dílčí cíle přímo souvisí s hlavním výzkumným cílem. Jsou formulovány tak, aby zjištěné informace napomohly zjistit důvody dlouhodobé docházky klientů do stacionáře. Každý dílčí cíl se zaměřuje na jinou oblast zájmu, ale společným průsečíkem je snaha identifikovat životní fungování klientů v souvislosti s docházkou do denního stacionáře. Informace zjištěné prostřednictvím dílčích cílů by měly rovněž odhalit prvky závislosti na sociální službě, jež jsou formulovány v předešlých kapitolách.

Tab.1 Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl	Dílčí výzkumné cíle	Otázky použité v 1. fázi polostrukturovaných rozhovorů	Otázky použité v 2. fázi polostrukturovaných rozhovorů	Metody výzkumu	Zainteresované strany
<p>„Jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do Stacionáře mezi mosty Trutnov a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě.“</p>	<p>Zjistit, jak klienti vnímají svůj vztah ke stacionáři.</p>	<p>1) Jak se změnil váš pohled na stacionář z hlediska významu ve vašem životě? 2a) Jak byste vnímal náhlé uzavření stacionáře na delší dobu? 2b) Jak byste nastalou situaci řešili? 3) Jaký je váš aktuální pohled na ukončení docházky do stacionáře? 5) Co si myslíte o závislosti na službách denního stacionáře v</p>	<p>6) Jak se projevovало uzavření stacionáře ve srovnání s hypotetickou situací z prvního rozhovoru.</p>	<p>polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>klient, rodinní příslušníci</p>

		souvislosti s vaší osobou?			
	Zjistit, jak jsou informanti informováni o jiných sociálních službách v okolí.	4a) Jak se stavíte k užívání jiných sociálních služeb, užíváte nějaké jiné než denní stacionář? 4b) Jaké znáte další sociální služby, které by byly pro vás vhodné?		polostrukturovaný rozhovor	klient, rodinní příslušníci
	Zjistit, jak klienti participují na pomáhajícím procesu a jak spolupracují s rodinou.		7a) Jak se klient zapojuje do běžného chodu domácnosti a každodenních povinností. 7b) Jaký vliv mělo uzavření stacionáře na klientovo zapojování se do výše zmíněných činností.	polostrukturovaný rozhovor	klient, rodinní příslušníci, pracovník (výzkumník)

Zdroj: vlastní

4.3 Metodické ukotvení výzkumných aktivit

V této kapitole je podrobně charakterizován kvalitativní výzkum, který je pro tuto práci zvoleným přístupem. Jsou zde vyjmenována a přiblížena jednotlivá specifika tohoto výzkumného přístupu. A to včetně jeho negativ. Dále dochází ke srovnání s přístupem kvantitativním a posléze jsou uvedeny a vysvětleny důvody, proč je pro tuto práci vhodnější kvantitativní přístup.

V práci je hlavní výzkumnou technikou polostrukturovaný rozhovor, proto je v další části této kapitoly charakterizován. Dochází jednak ke srovnání s jinými formami rozhovorů a následně je vysvětlena volba použití tohoto typu rozhovoru.

4.3.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum patří společně s výzkumem kvantitativním mezi dva základní typy přístupů k vedení praktické části práce.

Při kvalitativním výzkumu se na začátku celého procesu zpravidla definují základní výzkumné cíle. Tyto cíle se mohou během výzkumu upravovat, doplňovat či jinak modifikovat. Výzkumník tak činí během analýzy získaných informací, která znění výzkumných cílů zásadně ovlivňuje. V souvislosti s těmito skutečnostmi se jedná o emergentní čili pružný typ výzkumu. V průběhu kvalitativního výzkumu dále vznikají hypotézy. Mimo modifikace znění základních výzkumných cílů se může měnit výzkumný plán. Jedná se o aktivní vyhledávání a analyzování veškerých dostupných informací, které by mohly přispět k objasnění výzkumných cílů. Postup sběru informací je velmi rozmanitý, zahrnuje práci s novými lidmi a činnost v epicentru dění zkoumané problematiky. V kvalitativním výzkumu probíhá sběr a analýza informací v relativně dlouhodobém časovém intervalu. Výběr jedince či místa pozorování záleží na úvaze výzkumníka, který sleduje subjekt v různých časových stádiích. Sběr informací a jejich analýza probíhá současně. V praxi je to realizované tak, že získané informace se ihned analyzují a poté se vyhodnotí, zda se jedná o informace potřebné. V tom případě se zahrnou do výzkumu, anebo informace irelevantní, nepotřebná, se kterými se již dále nepracuje. Výzkumník provádí neustálé přezkoumávání a analyzování získaných informací. (Hendl, 2005)

Charakter kvalitativního výzkumu poskytuje výzkumníkovi řadu výhod při jeho vědecké činnosti. Během výzkumu dochází k zisku podrobného vhledu a popisu zkoumané problematiky. Ať už je bodem zájmu jedinec, skupina, událost, či fenomén. Výzkumník se pohybuje v prostředí, které je pro zkoumaný subjekt přirozené. Tato skutečnost je další nespornou výhodou kvalitativního výzkumu. Díky kontaktnímu přístupu, který kvalitativní výzkum ze své podstaty nabízí, může výzkumník do své práce zahrnout i studium procesů. Kvalitativní výzkum umožňuje rovněž definici různých teorií, poskytuje tedy výzkumníkovi větší prostor a rozhled pro vědeckou práci. S oním větším prostorem souvisí další výhody, jako jsou pružná reakce na místní situace a podmínky, přístup zaměřený na individuální a specifické rysy nebo vyhledávání nových informací přímo v terénu.

4.3.2 Nevýhody kvalitativního výzkumu

Při využití kvalitativního výzkumu je třeba počítat s několika nevýhodami, které zákonitě tento přístup přináší. Nabyté informace a znalosti nemusí být obecně aplikovatelné v jiných charakterově podobných prostředích. Kvalitativní výzkum přináší specifický a individuální vhled do dané problematiky a není pravidlem, že výsledné informace se stávají obecným nebo široce použitelným faktem. Vzhledem k výše zmíněnému, je obtížné provádět kvantitativní predikce. Rovněž testování hypotéz a teorií může být v souvislosti s širokými, individuálními a komplexními výsledky výzkumu obtížné. Sběr informací a jejich následná analýza je díky jejich množství a metodám kompletace časově náročnější. Výzkumník má taktéž možnost interpretaci výsledků silně ovlivnit. Pokud se nedokáže oprostít od svých předsudků, či osobních preferencí, může být výzkum a jeho výsledky těmito skutečnostmi znehodnocen. Což jednou z nejvýznamnějších nevýhod kvalitativního výzkumu.

4.3.3 Srovnání s kvantitativním výzkumem

Stejně jako kvalitativní výzkum obsahuje své charakteristické vlastnosti přístup kvantitativní. Vzájemné srovnání těchto dvou základních přístupů je důležité pro správný výběr výzkumu pro konkrétní vědeckou práci.

Prvním uvedeným rozdílem mezi oběma přístupy je způsob šetření dané problematiky. Zatímco u kvantitativního výzkumu dochází k extenzivnímu (rozsáhlému, rozšiřujícímu se)

šetření, tak u kvalitativního přístupu se jedná o šetření intenzivní (výkonné, účinné). Další odlišnost obou přístupů se týká jejich vztahu k hypotézám. U kvantitativního výzkumu dochází k ověřování hypotéz, jelikož se zkoumají předpokládané vztahy. Kvalitativní přístup naopak během výzkumu vztahy identifikuje, proto se tvoří nové hypotézy. K této odlišnosti se úzce váže i rozdílné načasování sběru dat. Při kvantitativním výzkumu se v první fázi zkoumané vztahy definují a formulují a následně probíhá sběr dat standardizovanou cestou. Jedná se o deduktivní přístup k problematice. Kvalitativnímu přístupu je ovšem bližší indukce. Což v praxi funguje tak, že nejprve probíhá sběr dat, ze kterého následně vzniká analýza vztahů. Sběr dat je v tomto případě značně nestandardizovaný. Důležité je rovněž poměr mezi počtem zkoumaných hledisek a počtem zkoumaných objektů či informantů. Jen několik hledisek a velké množství informantů je typické pro kvantitativní výzkum. Kvalitativní přístup se naopak vyznačuje mnoha zkoumanými hledisky a malým počtem objektů. Pokud se výzkumník rozhodne pro kvantitativní přístup, je třeba vystavět projekt zkoumání, který se vyhotoví před samotným bádáním. Výzkumník poté podle tohoto plánu postupuje. U kvalitativního postupu má výzkumník volnější ruce, ale je vyžadována jeho větší flexibilita a schopnost reagovat na nové skutečnosti, na které během výzkumu narazil. Odlišná je rovněž rychlost sběru dat a jejich analýza. U kvantitativního přístupu jsou oba tyto procesy časově nepoměrně méně náročné než u přístupu kvalitativního. K vyhodnocování dat dochází v obou přístupech v různých fázích vědecké práce. Při kvantitativním výzkumu se data vyhodnotí ihned po ukončení jejich sběru. Zatím co u druhého typu výzkumu se data vyhodnocují průběžně během procesu jejich sběru. Co se týče otázek statistiky, je u kvantitativního přístupu zcela zásadní. Naopak u kvalitativního výzkumu je statistické zpracování dat minimální až nulové. Důležitým znakem kvantitativního přístupu je, že výsledky bádání lze aplikovat obecně. Tento výsledek je očekávaný a žádaný. Výsledky kvalitativního výzkumu lze zobecňovat velmi obtížně. Postavení výzkumníka během bádání a jeho vliv na výsledky výzkumu je taktéž v obou přístupech odlišný. Smýšlení, předsudky či stereotypy výzkumníka mají daleko markantnější možnost ovlivnit výsledky výzkumu při kvalitativním přístupu k vědecké práci. Kvantitativní přístup testuje validitu, tedy platnost něčeho. Kdežto kvalitativní přístup napomáhá k porozumění zkoumaného problému. (Reichel, 2009)

Mezi důvody volby kvalitativního přístupu pro tuto práci jsou následující skutečnosti. Vzhledem k formulaci výzkumných cílů, byl zvolen pro tuto práci kvalitativní výzkumný přístup. Nebyly ověřovány žádné předem stanovené hypotézy. Během výzkumné činnosti byl sběr informací prováděn ve dvou hlavních fázích. Druhá fáze sběru informací byla realizována neplánovaně v souvislosti s aktuální společenskou situací. Tento způsob sběru informací by se dal charakterizovat jako nestandardizovaný, což je typickým znakem kvalitativního přístupu. Jednalo se o skutečné uzavření stacionáře, ve kterém výzkum probíhal, na což bylo třeba flexibilně zareagovat a rozšířit práci o druhou fázi rozhovorů. V první fázi rozhovorů se totiž pracuje s hypotetickým uzavřením stacionáře. Skutečnost, že nepředvídatelná událost mohla být zapracována do výzkumné činnosti, bylo díky možnostem kvalitativního přístupu. Veškeré získané informace byly po ukončení výzkumné činnosti analyzovány. Na práci se podílelo pouze sedm informantů, jenž byli zkoumáni z velkého počtu hledisek. Pro odpovědi na výzkumné cíle bylo zapotřebí mnoho podkladů k definování hypotéz. Zejména dílčí výzkumné otázky byly během práce několikrát modifikovány či byly definovány nové. A to proto, že získané informace přinášely zajímavé podněty pro jejich zodpovězení. Jedná se tak o další výhodu a důvod proč byl zvolen pro tuto práci kvalitativní přístup.

4.3.4 Polostrukturovaný rozhovor

V rámci výzkumu existuje několik typů rozhovorů či způsobů dotazování. V souvislosti se zvoleným přístupem a charakterem výzkumu je třeba provést vhodnou volbu rozhovoru.

Na škále možností, které výzkumná metoda rozhovoru nebo dotazování nabízí se nacházejí dvě krajní formy. Na jednom konci oné škály se vyskytuje dotazník s pevně danou strukturou otázek. V takovém případě výzkumník předloží soubor uzavřených otázek, na které dotazovaní odpovídají. Neprobíhají žádné doplňující otázky, mnohdy výzkumník není ani přítomen při realizaci odpovědí dotazovaného. Tato metoda je typická pro kvantitativní přístup. (Hendl, 2009)

Na pomyslném opačném konci zmíněné škály existují volné rozhovory. Struktura takového dotazování není předem daná. Klade se velký důraz na volné vyprávění subjektu. (Hendl,

2009)

Oba tyto krajní konce mají své nesporné výhody, ale samozřejmě i velké nevýhody. Při použití dotazníku s **pevně danou strukturou otázek** získá výzkumník informace, které jsou ideální pro statistické zpracování a dají se obecně aplikovat. Na druhou stranu chybí osobní a individuální přístup k informantovi. Vzhledem k povrchnosti získaných informací nedochází ke komplexnímu pochopení konkrétní zkoumané problematické situace. **Volný rozhovor** přináší výzkumníkovi těsný kontakt s dotazovaným. Informant poskytne výzkumníkovi značné množství informací, z nichž je ale jen část relevantní pro jeho výzkum. Ona selekce zásadních informací může být pro výzkumníka obtížná, a to nejen časově, ale i obsahově.

Metoda **polostrukurovaného rozhovoru** snoubí oba krajní konce škály a nabídne kompromis mezi jejich výhodami a nevýhodami. Účel rozhovoru je jasně definován, a to prostřednictvím osnovy dotazování nebo pomocí hlavních otázek, které tvoří kostru rozhovoru. Výzkumník pokládá doplňující otázky dle průběhu rozhovoru. Tím získávám celý proces pružnost a zároveň efektivnost. Výzkumník aktivně do rozhovoru zasahuje, a to i tak, že informanta koriguje a usměrňuje při jeho odpovědích. To přináší menší množství a větší relevantnost získaných informací.

Vzhledem k charakteru výzkumu aplikovanému v této práci se volba polostrukurovaného rozhovoru jeví jako ideální vědecké metoda. Od informantů bylo třeba získat širokou a individuální škálu odpovědí. Zároveň bylo třeba se držet vytyčené problematiky a příliš neodbočovat od tématu výzkumu. Polostrukurovaný rozhovor udržuje spektrum zájmu v takových mantinelech, které jsou vhodné pro výzkum použitý v této práci.

4.4 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

Do souboru informantů byli zařazeni klienti stacionáře, kteří docházejí na oddělení A, kde jsou cílovou skupinou osoby s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Dalším kritériem pro zařazení do souboru informantů byla délka docházky do stacionáře. Respektive délka období od uzavření smlouvy až po současnost. Hranice pro zařazení do souboru informantů byla stanovena na minimálně deset let.

Výzkum probíhal celkem se sedmi klienty stacionáře, za přítomnosti jejich rodinných příslušníků.

Tab. 2 Základní informace o informantech

Označení informantů	Pohlaví	Diagnóza postižení	Věk	Délka docházky do stacionáře	Rodinné zázemí
I1	Muž	Středně těžké mentální postižení	30 let	10 let	Klient žije s matkou v bytě. Pravidelně s péčí vypomáhá přítel matky a klientovi prarodiče.
I2	Žena	Středně těžké mentální postižení	44 let	28 let	Klientka žije s matkou v bytě. Nepravidelně s péčí nepravidelně vypomáhá otec klientky.
I3	Muž	Středně těžké mentální postižení	45 let	28 let	Klient žije v rodinném domě pouze s matkou. V péči nikdo další výrazně nepomáhá.
I4	Žena	Středně těžké mentální postižení	32 let	11 let	Klientka žije v rodinném domě s oběma rodiči. S péčí pomáhají i další členové rodiny.
I5	Muž	Lehké mentální postižení	32 let	12 let	Klient žije s matkou, sestrou a její rodinou v domě.

I6	Muž	Autismus + středně těžké mentální postižení	31 let	11 let	Klient žije pouze s matkou v bytě. S péčí o klienta nikdo další výrazně nepomáhá.
I7	Žena	Autismus + středně těžké mentální postižení	33 let	12 let	Klientka žije v rodinném domě s otcem a matkou. S péčí pomáhají i další členové rodiny.

Zdroj: vlastní

4.5 Realizace výzkumného šetření

Výzkum bude probíhat v jednom zařízení. Kandidáti pro soubor informantů byli vybráni pouze mezi klienty Stacionáře mezi mosty Trutnov. Konkrétně se jednalo o sedm klientů, kteří splňovali stanovená kritéria pro zvolený výzkum. Tudiž byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup. Jako hlavní metodu ve výzkumu je použit polostrukturovaný rozhovor. Při sběru informací během rozhovoru byl vždy přítomen klient a jeho rodinný příslušník. Rozhovor byl veden v klidné a pro klienta přirozené atmosféře. Prostředí pro rozhovor si klient zvolil samostatně, ve všech případech se jednalo o klientův domov.

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány a poté přepsány. V rámci otevřeného kódování bylo poté v textu vyhledávány pojmy, které byly potřebné ke zjištění jednotlivých dílčích cílů a hlavního cíle práce. *„Cílem této fáze je tematické rozkrytí analyzovaného textu. Výzkumník si všímá témat a přiřazuje jim kódy, může kódovat jednotlivá slova, věty nebo odstavce.“* (Hendl (2016, s. 251)

Na závěr samotného rozhovoru byly zjištěny a zaznamenány základní informace o klientovi. Vše je zpracováno s ústním souhlasem klienta i rodinného příslušníka, a to za podmínky zachování anonymity. Do relevantních informací spadaly následující skutečnosti:

- Pohlaví klienta

- Diagnóza postižení
- Věk klienta
- Délka docházky stacionáře
- Rodinné zázemí

Do sekce základní informace byly zařazeny jen ty, které vzhledem k povaze rozhovoru byly relevantní. A přispějí ke komplexnějšímu rozboru a porozumění aktuální situaci klienta.

V první fázi rozhovorů byla základní kostra tvořena pěti otázkami. Tyto otázky byly položeny všem informantům. Na základě jejich odpovědí rozhovor pokračoval individuálními doplňujícími otázkami.

Výzkum byl nadále doplněn druhou fází rozhovorů. Bylo tak učiněno proto, že vývoj skutečností napomohl k rozšíření výzkumné práce. Otázky z první fáze rozhovorů pracují s hypotetickým uzavřením stacionáře. Na jaře roku 2020 by stacionář nařízením vlády ČR kvůli pandemii nemoci Covid- 19 skutečně na 3 měsíce uzavřen. Po znovuotevření byla provedena druhá fáze rozhovorů. Hlavní motivací pro další rozhovor bylo srovnání odpovědí na hypotetickou situaci s proběhlou realitou.

Vzhledem k cílové skupině, se kterou rozhovor probíhal, byla zvolena i vhodná forma sběru informací. Vždy bylo zásadní položit otázku tak, aby ji dotazovaný klient zcela porozuměl. Naprosté pochopení otázky bylo pečlivě ověřováno prostřednictvím zpětné vazby. Popřípadě poskytnutím vysvětlujících informací.

4.6 Etika a rizika výzkumu

Výzkum probíhal v kontextu čtyř pilířů etiky v sociálních vědách. Při dodržování daných principů byla tendence vyvarovat se etických pochybení a rizik spojených s výzkumem.

Prvním z pilířů je princip dobrovolné participace, který se týká plné informovanosti aktéra o průběhu výzkumu. Dalším z pilířů je princip důvěryhodnosti. Ten se týká otázek soukromí aktéra, anonymity či důvěrnosti dat. U principu neublížení je riziko fyzické, psychické nebo právní újmy. Posledním pilířem je princip správnosti a integrity, kde je třeba zabezpečit,

že data z výzkumu jsou správná. (Neuman, 2003).

Při výzkumné činnosti bylo v souvislosti s touto prací postupováno jednak obezřetně, ale rovněž aktivně, aby byly veškeré etické principy dodrženy. Všichni informanti byli seznámeni s účelem výzkumu a jeho cílem. Rovněž jim bylo řečeno, o jakou práci se jedná a jakým tématem se zabývá. Veškerá interpretace dat od informantů byla provedena anonymně bez použití jejich jmen. Což bylo stvrzeno ústní dohodou. Co se týče rizika újmy, bylo informantům opakovaně sděleno, že pokud by na otázku nechtěli odpovídat, protože by jim byla nepříjemná, nemusí na ni odpovídat. V práci jsou interpretovány informace správně a autenticky, jak je v principech požadováno.

5. Interpretace získaných informací

Zde proběhne interpretace získaných informací dle jednotlivých dílčích cílů. Interpretace proběhne volně dle témat v rámci každého dílčího cíle. Interpretace výsledků přinese závěry a poznatky vztahující se k hlavnímu výzkumnému cíli. Po ukončení interpretací bude následovat ke každému dílčímu cíli shrnutí.

V rámci kódování při procházení přeepsaného textu byly vytyčeny hledané oblasti zájmů. Ony oblasti se vztahovaly hlavnímu cíli práce a k dílčím cílům. Hlavní cíl práce se soustředí na důvody dlouhodobé docházky, proto byly sledovány oblasti zájmu v souvislosti s motivací klienta ke změně, vývojem vztahu informanta ke stacionáři či příklady jiných sociálních služeb. Dále se hlavní cíl zaměřuje na prvky závislosti, tudíž byly sledovány pojmy jako konflikt, změny nálad, projevy emocí, důležitost stacionáře v životě klienta nebo trávení volného času klienta. Tyto pojmy byly voleny tak, aby korespondovaly s definovanými prvky závislosti, o kterých je psáno výše. K dílčím cílům se vztahovaly oblasti zájmu ohledně vztahu informantů ke stacionáři, informací i alternativních sociálních službách a pomáhajícím procesu.

V jednotlivých interpretacích jsou použity doslovné citace informantů. Každá z citací je označena dle autora výroku. Označení informantů je v souladu s tabulkou o základních informacích o informantech.

5.1 Interpretace informací k dílčímu cíli 1

V rámci prvního dílčího cíle se práce zaměřuje na vztah mezi klientem a sociální službou denní stacionář. Přesné znění dílčího cíle je: „**Zjistit, jak klienti vnímají svůj vztah ke stacionáři**“. Informanti se shodli, že stacionář plní v jejich životech významnější roli, než zamýšleli. A to v souvislosti s předpokládanou délkou využívání služby, systémem fungování služby, nabídkou denního programu nebo celkovým očekáváním od služby. Co se týče onoho očekávání vyskytly se odpovědi typu: „*Když to tenkrát začínalo, netušila jsem, co se z toho vůbec vyvine.*“ (I3), „*Zpočátku jsem hlavně chtěla, aby nezůstávala doma a někam chodila*“ (I2) nebo „*Po škole jsme hledali něco, co by nám všem vyhovovalo. Zkusili jsme stacionář a vyhovuje nám víc, než jsme čekali.*“ (I6). V odpovědích se opakovala zmínka, že

denní stacionář je po ukončení školní docházky klienta první variantou pro poskytnutí pravidelného denního režimu i proto, že nikdo z klientů nerealizoval žádný typ pracovního poměru. Všichni informanti kladli důraz na fakt, že stacionář poskytuje klientům pravidelný denní režim. Dle odpovědí lze posoudit, že se jedná o důležitý, a ne vždy předpokládaný význam v životech informantů. Vyskytovaly se tyto odpovědi: „*Už jen to, že ráno musí vstát a někam jít, je dobré*“ (I1), „*Vždycky jsme chtěli, aby měla pravidelný režim a aby někam chodila.*“ (I4) a „*Jsem ráda, že je v Trutnově místo, kam můžu pravidelně docházet a mít denní režim.*“ (I7). Rovněž se informanti shodli, že zvláště v posledních letech se zlepšila nabídka denních činností ve stacionáři. Současný stav nebyl informanty na začátku čerpání služby očekáván.

Až na jeden případ se všichni ostatní informanti shodli, že by pro ně náhlé uzavření stacionáře byla komplikace. Prvotní odpovědi, potvrzující problematičnost situace byly následující: „*Jo, velká komplikace!*“ (I1), „*Sama mám zdravotní problémy. Syn vyžaduje neustálou pozornost a je hodně komunikativní. Kdyby nedocházel do stacionáře, bylo by to pro mě hodně vyčerpávající*“ (I5), „*Měl bych problém, neviděl bych kamarády*“ (I3), „*Syn je autista a potřebuje svůj denní režim, na který je zvyklý. Každá změna je špatná*“ (I7), „*Kvůli nemoci, kterou syn má, by to byl velký problém. Každý zásah do pravidelného režimu je problém.*“ (I7). Opakovaně se vyskytuje zmínka o narušení denního režimu, a to nejen v souvislosti s klientem samotným, ale i s pečující osobou. Mnohdy nebyli informanti schopni uvést vhodný nebo dlouhodobě udržitelný způsob řešení. Zazněly odpovědi jako: „*Nikam by nechodil*“ (I3), „*Byl bych doma*“ (I4), „*Musela bych si vzít neplacené volno a být s ním doma*“ (I1), „*Musel bych ho nějak zabavit já. Syn nevydrží bez práce a neustále potřebuje nějaká vyžití. Nevím, jak bych to sama zvládala*“ (I6), „*Sama mám zdravotní problémy. Syn vyžaduje neustálou pozornost a je hodně komunikativní. Kdyby nedocházel do stacionáře, bylo by to pro mě hodně vyčerpávající*“ (I5). Mezi informanty rovněž panovala shoda na tom, že pokud by byl stacionář uzavřen dlouhodobě, rozhodně by hledali jinou podobnou službu.

Jednoznačná shoda mezi informanty panovala v souvislosti s ukončením docházky do stacionáře. Nikdo neuvažoval o přerušení nebo ukončení docházky do stacionáře. Objevovali se různé odpovědi následujícího znění: „*Ne, ani nás to nenapadlo*“ (I1), „*Určitě ne!*“ (I2),

„Ani náhodou!“ (I3). Všichni informanti jsou z činnosti stacionáře velmi spokojeni. Vyzdvihovali denní program, dostupnost a vyskytla se i zmínka o negativních informacích ohledně fungování jiných stacionářů mimo Trutnov. Příklad jedné z odpovědí: „*Stacionář nám absolutně vyhovuje, syn je spokojený, je o něj perfektně postaráno a máme to blízko. Dokud stacionář bude, tak tam bude chodit. Měnit určitě nebudeme.*“ (I6).

Během rozhovorů se objevily odpovědi v souvislosti s tématem závislosti na sociální službě, které byly rázné a jednoznačné, a to konkrétně: „*No, my teda závislí jsme!*“ (I3) nebo „*Závislí jsme*“ (I1). Jednalo se o prvotní reakce. V dalším průběhu rozhovorů byly uvedeny i jiné a komplexnější reakce: „*Asi bych neřekla, že jsme závislí, ale teď mě nenapadá, jak bychom to bez stacionáře dlouhodobě zvládali.*“ (I2), „*Vzhledem k mému zdravotnímu stavu je momentálně zásadní, aby syn do stacionáře chodil*“ (I5) nebo „*Myslím, že na službách stacionáře jako takových závislí nejsme, syn by mohl chodit jinam, ale nejdůležitější je pro něj pravidelný a dlouhodobý režim. Už od malička někam docházel.*“ (I7). Informanti kladli důraz na důležitost pravidelného denního režimu, který stacionář pro ně ideálně poskytuje. Vyskytl se jeden případ, kdy odpovědi značili nezávislost na stacionáři i jeho denním režimu: „*Myslím si, že asi závislé nejsme. Zapojuji dceru hodně do činností doma a dokážeme se celý den spolu zabavit. Domácí práce, výtvarná činnost, rébusy, výlety... podnikáme toho spolu hodně*“ (I4), „*Pokud budu zdravá, tak mě to nebude unavovat, dokázaly bychom obě bez stacionáře fungovat*“ (I4).

Nečekané a náhle uzavření stacionáře na dobu tří měsíců bylo pro všechny dotazované nepříjemné období. A to i pro ty, kteří si komplikace zprvu nepřipouštěli: „*Ty tři měsíce byly tak na hraně. Kdyby to byla delší doba, musela bych hledat nějakou jinou službu. Syn byl s přibývajícím časem hodně nervózní a nevydržel doma. Museli jsme několikrát denně chodit ven. Ve dnech, kdy pravidelně do stacionáře dochází jsme museli chodit až k budově a brát za kliku, aby se přesvědčil, že je opravdu zavřeno.*“ (I6) nebo „*Realita byla citelně horší. Dcera byla opravdu často nervózní, popudlivá a hodně smutná. Říkala, že jí chybí kamarádi. Hlavně jí chyběl pravidelný režim. Pořád se ptala, proč je stacionář zavřený, chtěla to vysvětlit a taky chtěla vědět, kdy se otevře, ptala se pořád. Nejhorší bylo, že nikdo nevěděl, co bude.*“ (I7). Ze strany rodinných příslušníků byl nejčastěji uváděn problém narušení

pravidelného denního režimu: „Snažila jsem se ho nějak zabavit, ale on je hodně tvrdohlavý a většinou si nějakou práci v domě našel sám, i když nebyla úplně vhodná pro něj, ale nenechal si to rozmluvit. Ale nejvíc mu schází pravidelný režim. Bývá často smutný a zamlklý.“ (I3) nebo „Sice jsem v důchodu, mohla jsem být s dcerou doma, ale zároveň jsem ji musela nějak zabavit. Proto jsme chodily hodně ven a na zahrádku. Ale dceři strašně chyběl pravidelný denní režim, nedočkavě jsme vyhlížely až se stacionář otevře. A z pohledu klientůjím nejvíce chyběl kontakt s přáteli“ (I2), „Kamarádi mi moc chyběli, těším se na ně.“ (I1) nebo „Aspoň jsem kamarádům zavola, ale to není ono.“ (I5). Objevil se i případ, kdy rozhovor vedený v první fázi výzkumu napomohl k lepšímu zvládnutí problému: „Opravdu jsem si nakonec musela vzít v práci volno, díky rozhovoru, co jsem před časem vedla, jsem se musela nad tím víc zamyslet. A když to pak přišlo, tak jsem byla připravenější. Chvilí jsme to zvládali s hlídáním na střídačku a pak jsem si vzala ošetřován. Myslím, že bychom to zvládli i kdyby to nastalo znovu, ale stacionář nám oběma, a hlavně synovi velmi chyběl.“ (I1).

5.2 Interpretace informací k dílčímu cíli 2

V souvislosti s druhým dílčím cílem se práce zaměřuje na povědomí informantů o alternativních sociálních službách. Přesné znění dílčího cíle je: „**Zjistit, jak jsou informanti informováni o jiných sociálních službách v okolí.**“

Až na jednu výjimku je denní stacionář jedinou sociální službou, kterou dotazovaní klienti využívají. V onom jediném případě klientka využívá ještě služeb sociální rehabilitace, kde navštěvuje různé kurzy. Informantkou byla ale uvedeno, že se jedná jen o doplňkovou službu k dennímu stacionáři. Právě sociální rehabilitace byla během rozhovorů několikrát zmiňována jako nejvhodnější alternativa. Jedná se totiž o ambulantní službu, která by mohla poskytnout klientům pravidelný denní režim. Všichni informanti důrazně odmítají pobytové sociální služby. „Chci, aby žila doma, ve svém, pobytovku určitě ne, ani o tom nechci přemýšlet.“ (I2), „Pro dceru by byla asi nejlepší sociální rehabilitace. Určitě bychom nepřemýšleli o pobytovce“ (I5). Dalšími sociální služby, které byly během rozhovorů zmíněny jsou, odlehčovací služby, asistenční služby, psychologické poradenství. Objeví se i příklady, kdy informanti nebyli schopni uvést žádnou jinou sociální službu.

5.3 Interpretace informací k dílčímu cíli 3

Poslední dílčí cíl se zaměřuje na zapojení klientů do pomoci rodině při péči o ně samé. Přesné znění dílčího cíle je: **„Zjistit, jak klienti participují na pomáhajícím procesu a jak spolupracují s rodinou.“**

Až na jeden případ se všichni dotazovaní klienti běžně zapojují do chodu domácnosti. Několikrát bylo uvedeno, že by jejich zapojení bylo intenzivnější, ale vzhledem k obavám rodinných příslušníků dochází k usměrnění činností: *„Dcera by se nejradyji zapojila do všeho, ale někdy to nejde, tak ji to musím vysvětlit a dát ji jednodušší práci.“* (I5) nebo *„Někdy ho musím krotit, protože se bojím, že se přepíná nebo že si něco udělá.“* (I3), *„To je pravda, tudle jsem uklízel garáž a říznul jsem se o starej hajzl“* (I3). U některých informantů byla změna v souvislosti s uzavřením stacionáře uvedena. A to jak pozitivní: *„Hlavně ze začátku uzavření stacionáře si musel hodně věcí doma obstarat sám, protože jsem ještě chodila do práce.“* (I1), tak i negativní: *„Dcera potřebuje pravidelný denní režim, ten byl narušen proto se během uzavření stacionáře motivace k činnostem spíše zhoršila.“* (I7). Většinou, ale nebyly zaznamenány výrazné změny.

5.4 Shrnutí interpretace získaných informací

Interpretace získaných informací přinesly odpovědi potřebné k zjištění dílčích výzkumných cílů. První dílčí cíl charakterizuje úzký vztah klientů a denního stacionáře. Pro většinu dotazovaných je tato služba nedílnou součástí jejich životů, kterou rozhodně nemají v úmyslu měnit nebo opustit. Jsou spokojeni s poskytovanými službami, dostupností i přístupem ke klientům. U všech informantů, klientů i rodinných příslušníků, byl identifikován kladný vztah ke stacionáři. Žádný z dotazovaných nikdy neuvažoval o ukončení nebo přerušení služby. Všichni připustili, že uzavření stacionáře by mělo neblahý dopad na duševní pohodu klientů, potažmo celé rodiny. Tyto názory se potvrdily při reálném uzavření služby. Každý klient na nečekanou situaci reagoval rozdílně, ale rozhodně negativně. Vyskytl se smutek, stesk, zamlklost, ale i podrážděnost a agresivita.

Druhý dílčí cíl by se dal shrnout jako rezolutní odmítání pobytových sociálních služeb. A dále se zde objevila nízká motivace k zjišťování dalších alternativ, a to z důvodu spokojenosti

se sociální službou denní stacionář. Informovanost klientů samotných je z pochopitelných důvodů, které se týkají hlavně jejich postižení, značně omezena. Mají povědomí o existenci alternativních organizací, ale způsob fungování jim není dobře znám. Více informací bylo zjištěno prostřednictvím rodinných příslušníků, se kterými byl rozhovor také veden. Zarážející skutečností bylo, že i někteří rodinní příslušníci jsou rovněž informováni o dalších sociálních službách pouze povrchně. U takovýchto informantů se nevyskytoval žádný relevantní plán do budoucna, což může být vzhledem k věku, jak klientů, tak rodinných příslušníků problematické. Byli ale informanti, kteří mají velmi dobré povědomí o fungování jiných organizací. Pouze v jedné případě docházelo k aktivnímu a pravidelnému využívání dalších sociálních služeb, ale i zde se jednalo pouze o službu doplňkovou. Všichni ostatní využívají pouze sociální službu denní stacionář.

Shrnutí posledního dílčího cíle je takové, že většina informantů je ochotna vyvinout větší úsilí při pomoci s péčí o svou osobu. Mnohdy je tato iniciativa brzděna samotnými pečujícími osobami, a to z důvodu obav o zachování zdraví. Nutno podotknout, že často jsou obavy oprávněné.

5.5 Interpretace výsledků

Interpretace výsledků výzkumné části této bakalářské práce vychází z hlavního cíle práce, který zní: „**Jaké jsou důvody dlouhodobé docházky klientů do Stacionáře mezi mosty Trutnov a jak jednání klientů koresponduje s prvky závislosti na sociální službě.**“ Nejdříve jsou stanoveny důvody dlouhodobé docházky do stacionáře, které vyplývají ze získaných informací. Následně jsou indikovány prvky závislosti prostřednictvím definovaných projevů závislostního chování.

Jedním z několikrát zmiňovaným důvodem dlouhodobé docházky je dobrá přístupnost stacionáře. Informanti, kteří byli součástí výzkumu žijí buď přímo v Trutnově nebo v jeho blízkém okolí. Dalším významným důvodem je kvalita poskytovaných služeb. Informanti opakovaně uvedli, že jsou s nabídkou a formou činností stacionáře spokojeni. Žádný z informantů doposud neuvažoval svou dlouhodobou docházku ukončit nebo přerušit. Dle zjištěných informací, to může být z důvodu nedostatečné informovanosti informantů o

alternativních sociálních službách. Za důvod pro onu neinformovanost o dalších službách lze považovat nedostatek motivace k změně služby. Dalším relevantním důvodem pro dlouhodobou docházku informantů do stacionáře je omezený počet sociálních ambulantních služeb pro mentálně postižené v Trutnově a okolí. Služby, které jsou k dispozici, nenabízejí takový rozsah činností a takové zázemí jako je ve stacionáři. Pro klienty s poruchou autistického spektra se v blízkém okolí Trutnova žádná ambulantní sociální služba nenachází.

Při výzkumné práci bylo lokalizováno několik projevů závislostního chování, a to jednak z definice závislosti obsažené v publikaci Duševní a behaviorální poruchy, tak v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních chorob. Několik dotazovaných klientů během let zvýšilo intenzitu docházky do stacionáře, a to až na maximální využití služby. Pokud lze tento fakt považovat za zvyšující se potřebu využívat danou činnost častěji a intenzivněji, tak spadá tento proces do růstu tolerance k závislostnímu chování. Žádný z informantů neuvažoval o ukončení docházky do stacionáře, tudíž nedošlo ani k pokusu o přerušeni dané činnosti. Několik informantů využívá služeb stacionáře v maximální možné míře nebo jsou k maximum blízko. Jedná se o velký časový úsek z týdne. Proto mohou být aktivity informantů, realizované mimo stacionář, omezeny. Na druhou stranu je třeba říci, že škála nabízených činností ve stacionáři je pestrá a realizována odborníky, proto by případné suplování daných aktivit prostřednictvím rodiny bylo obtížné. U několika klientů se rovněž objevily abstinenní příznaky, kvůli neočekávanému uzavření stacionáře. Lokalizovanými projevy byly apatie, nervozita, neklid a agrese. Zejména u informantů s diagnózou autismu se tyto znaky projevovaly intenzivně. Rovněž docházelo během nuceného přerušeni docházky do stacionáře u klientu k intrapersonálním konfliktům v souvislosti s narušením jejich denního režimu. Vyskytli se i interpersonální konflikty s rodinnými příslušníky.

Hlavní cíl výzkumné práce se skládá ze dvou částí, které spolu úzce souvisejí. Nelze automaticky říci, že kvůli dlouhodobé docházce do stacionáře vzniká závislost na sociální službě. Zároveň se tato problematika nedá bagatelizovat ani z opačného pohledu. Tedy, že závislost na sociální službě je podmíněna dlouhodobou docházkou. Interpretace výsledků uvádí konkrétní důvody dlouhodobé docházky a následně jsou uvedeny indikované prvky závislosti.

Závěr

Informace získané prostřednictvím kvalitativního výzkumu přináší několik různých závěrů a pohledů na problematiku závislosti na sociálních službách. Samotný pojem závislosti na sociálních službách lze začlenit do skupiny nezařazených behaviorálních závislostí. Pomocí odborných zdrojů, konkrétně se jednalo o Duševní a behaviorální poruchy a Diagnostický a statistický manuál duševních chorob, byly charakterizovány znaky, které popisovaly způsob projevů závislostního chování. K docílení odpovědi na hlavní výzkumný cíl bylo třeba zjistit, jakým způsobem korespondují získaná fakta s teoretickými informacemi. Při vyhodnocování odpovědí nebylo možno aplikovat všechny znaky uvedené v odborných zdrojích. Ku příkladu znak týkající se pokračování v užívání, i když si je jedinec vědom toho, že se jedná o vážný problém. Jednak žádný z informantů nepovažuje svoji docházku do stacionáře jako vážný problém a také obecně není využívání této sociální služby považováno za negativní činnost.

Během zpracovávání získaných údajů bylo zjištěno, že se u vybraných informantů objevilo chování, které s podporou odborných zdrojů lze považovat za chování s prvky závislosti. Je otázka, zda ona indikace závislostních prvků jasně prokazuje závislost klientů na službách denního stacionáře. Počet indikovaných projevů a jejich intenzita byla individuální. Zajímavý poznatek plyne z údajů získaných od informantů s diagnostikovaným autismem. U nich byla intenzita nejsilnější. Teorií proč tomu tak bylo, je patrně úzká souvislost právě s onou diagnózou a jejími specifiky.

K získání významnějších a relevantnějších informací paradoxně přispělo uzavření stacionáře z důvodů vládních nařízení. Tříměsíční období, kdy klienti nemohli docházet do stacionáře a byl narušen jejich pravidelný režim, přinesl konkrétní informace. Byla provedena druhá fáze rozhovorů, která odhalila srovnání mezi skutečností a hypotetickou situací, která byla předmětem rozhovorů v první fázi.

Důležitým zjištěním výzkumné činnosti byla znatelná neinformovanost informantů o alternativních sociálních službách. Výrazná rovněž byla neochota informantů k jakékoli změně týkající se docházky do stacionáře. U informantů byla indikována nulová akceptace možnosti pobytové služby. Teorií vyplývající z těchto poznatků je, že stacionář poskytuje

kvalitní služby, je pro klienty dostupný, a to jak finančně, tak logisticky a je informanty považován za silnou a stálou organizací města. Další důvodem, mající vliv na získaná fakta, je nízká konkurence alternativních sociálních služeb v Trutnově a okolí.

Teorie týkající se eliminace indikovaných závislostních prvků jsou následující. Rozšíření o další sociální služby ambulantního charakteru tak, aby byla aktivita klientů rozprostřena do více organizací. Zde se ovšem naráží, na již výše zmiňovaný nedostatek alternativ. Další možností k eliminaci závislostních prvků je vytvoření náhradního denního programu pomocí rodiny a klientových blízkých. Zde jsou ale překážkou časové možnosti a sociální kapitál. Jelikož byla během výzkumu několikrát zjištěna nedostatečná informovanost o dalších typech sociálních služeb a jejich fungování, je další teorií zaměření se na osvětu klientů a jejich rodinných příslušníků a blízkých osob. A to prostřednictvím seminářů, přednášek nebo poradenství, což by inicioval právě stacionář.

Dlouhodobé využívání sociální služby denní stacionář nepovažuji za negativní věc. I když byly během výzkumu zjištěny prvky závislosti věřím, že vhodným individuálním přístupem a výše zmíněnými způsoby eliminace lze docílit kvalitní a nerizikové spolupráce mezi organizací a klientem. Fakt, že klient využívá služby denního stacionáře, nevidím jako problém. Pokud se pro klienta a jeho blízké nestane jedinou existenční možností.

Seznam použité literatury

BARRET, C. *Pathological Gambling: Addiction without substance*. In: FAUPEL, C. *Encyclopedia of Criminology and Deviant Behavior*, London: Taylor & Francis, 2000. ISBN 978-156-032-772-1

BROWN, R. *Some contributions of the study of gambling to the study of other addictions*. In: EADINGTON, W. *Gambling behaviour and problem gambling*, Reno: University of Nevada Press, 1993. ISBN 978-1-77114-400-1

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portal. 2005. ISBN 80-7367-040-2

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portal. 2016. ISBN 978-80-262-0982-9

HAVRDOVÁ, E., a kol. *Roztroušená skleróza v praxi*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-189-6.

HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing. 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

HOLLEN, K. *Encyclopedia of Addictions*. Westport: Greenwood Press; 2009. ISBN 978-03-1334-737-5

KOMÁREK, V. *Dětská neurologie*. 2. vydání. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-492-8

LENSKÝ, P. *Roztroušená skleróza: strategie přístupu k chronické nemoci*. Praha: Unie Roska, 2002. ISBN: 802-39-1243-7

MARKS, I. *Behavioral (Nonchemical) Addictions*. London: British Journal of Addiction, 1990. ISBN neuvedeno

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Druhé přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7376-002-X

MATOUŠEK, O. kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. 2001. ISBN 978-80-7367-331-4

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2018. ISNB 978-80-7472-168-7

MYDLIL, V., *Příčiny mozkových postižení dětí*. 1. vyd. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-85605-82-1

NEUMAN, W., *Social Research Methods. Qualitative and Quantitative Approaches*. 5. vyd. Boston: Allyn and Bacon. 2003. ISBN 020-52-977-14

RABOCH, J. a kol. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

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

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 978-80-8591-218-0

ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. 2.vydání, SPN, Praha: 1975. ISBN 14-324-75

ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Paido, Brno: 2002. ISBN 80-7315-017-4

VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P. *Závislosti na procesech*. In: KALINA, K. *Klinická adiktologie*, Grada, Praha: 2015. ISBN 978-80-247-4331-8

VÁGNEROVÁ M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vydání, Portál, Praha: 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vydání, Paido, Brno: 1998. ISBN 80-85931-51-6

ZVONÍKOVÁ, Alena a kol. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada Publishing. 2010 ISBN 978-80-247-7534-0.

Zákony

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

Zákon č. 563/2004 Sb. - Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

Internetové zdroje

Stacionář mezi mosty Trutnov, 2021 [online]. SMMT. [cit. 5.5.2020]. Dostupné z:

<https://www.stacionartrutnov.cz/>