

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2012 – 2014**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Kamila Koryčánková**

**Proces transformace v DZP a integrace uživatelů  
do přirozeného prostředí v souladu se změnami v poskytování  
sociálních služeb**

**Praha 2014**

**Vedoucí diplomové práce: Ing. Renata Měsíčková**

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**MASTER COMBINED STUDIES**

**2012 - 2014**

**DIPLOMA THESIS**

**Kamila Koryčánková**

**The process of transformation in the DZP and integrate users  
into the natural environment in accordance with changes in the  
provision of social services**

**Prague 2014**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**

**Ing. Renata Měsíčková**

### Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 17. 2. 2014

Jméno autorky.....

## Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala za odborné vedení práce a cenné rady Ing. Renatě Měsíčkové. Děkuji jí také za čas, který mi věnovala při konzultacích, ochotu a porozumění. Dále bych chtěla poděkovat své rodině především mamince Bc. Blaženě Vávrové a Antonínu Vávrovi za podporu při studiu a hlídání dcery Ellinky. A poslední díky patří mému manželovi Vlastimilu Koryčánkovi a dcerce Ellince za trpělivost a podporu při studiu.

**Anotace:**

V procesu transformace sledujeme, jak probíhá podporování sociálního začleňování osob s mentálním postižením a jak vznikají nové sociální služby v přirozené komunitě. V teoretické části popisují problematiku mentální retardace, klasifikace mentální retardace, institucionální péče, proces průběhu transformace a integrace mentálně postižených osob do společnosti. Ve své práci také shrnuji historii péče v klasickém prostředí Ústavu sociální péče Medlovice, popisují průběh transformačních změn Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice a podmínky pro integraci jeho uživatelů do běžné společnosti. Opírám se o teoretické znalosti procesu transformace v České republice i ve světě a o praktické zkušenosti získané v průběhu mé studijní stáže, kdy jsem pracovala s osobami s mentálním postižením. V praktické části se věnuji dotazníkovému šetření a jeho zpracování, v závěru vyhodnocuji přínos integrace pro uživatele do nových typů sociálních služeb, porovnávám výsledky zjištěné z dotazníkového šetření se stanovenými hypotézami a dílčími cíli.

**Klíčové slova:**

Mentální retardace, humanizace, integrace, proces transformace, domov pro osoby se zdravotním postižením, zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, standardy kvality sociálních služeb, deinstitucionalizace, ústavní péče.

**Abstract:**

In the process of transformation we're watching how support of social integration for people with mental disabilities goes and how new social services are created in nature community. In the theoretical part I'm describing an issue of mental retardation, classification of mental retardation, institutional care, progress of transformation process and integration of people with mental disabilities into the society. In my work I'm also summarizing history of social care in the classic environment institution of social care Medlovice, describing progress of transformation changes at the institution for people with medical disabilities Medlovice and conditions for integration their users into common society. I rely on theoretical knowledge of transformation process in Czech Republic, world and of course on my practical knowledge gained during my study internship, where I was working with people with mental disabilities. In the practical part I'm dealing with questionnaire research and processing it. At the end of my work I'm evaluating benefits of integration into new types of social services for users and comparing results obtained from questionnaire research with established hypothesis and partial objectives.

**Keywords:**

Mental retardation, humanization, integration, transformation process, institution for people with medical disabilities, act 108/2006 Sb. of social services, quality standards of social services, deinstitutionalisation, institutional care

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>TEORETICKÁ ČÁST</b>  |           |
| <b>1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>  | <b>12</b> |
| 1.1 Charakteristika a definice mentálního postižení .....                             | 13        |
| 1.2 Psychická charakteristika lidí s mentálním postižením .....                       | 14        |
| 1.3 Klasifikace mentální retardace .....  | 16        |
| <b>1.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením .....</b>                            | <b>21</b> |
| <b>2 ÚSTAVNÍ PÉČE Z HISTORICKÉHO HLEDISKA .....</b>                                   | <b>25</b> |
| 2.1 Přístup k osobám s mentálním postižením v historii .....                          | 26        |
| 2.2 Ústavní péče v ČR a v zahraničí .....   | 28        |
| <b>3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ OSOBÁM S MENTÁLNÍM<br/>POSTIŽENÍM .....</b>          | <b>32</b> |
| 3.1 Zákon 108/2006 o sociálních službách .....  | 33        |
| 3.2 Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb .....                           | 36        |
| <b>3.3 Zařízení poskytující sociální služby a jejich charakteristika .....</b>        | <b>39</b> |
| 3.4 DZP a nové trendy v péči o klienty .....  | 43        |
| <b>4 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V DZP .....</b>                                      | <b>45</b> |
| 4.1 Historie ústavu sociální péče .....   | 46        |
| 4.2 Způsoby a principy poskytovaných sociálních služeb před rokem 2006 .....          | 47        |
| <b>5 PODOBA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ PÉČE PO ROCE 2006.....</b>                           | <b>49</b> |
| <b>5.1 Zavádění standardů kvality v DZP .....</b>                                     | <b>49</b> |
| 5.2 Poskytování sociální péče na základě individuálního plánování s klienty DZP ..... | 52        |
| <b>6 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>   | <b>54</b> |
| 6.1 Podoba a průběh procesu transformace .....  | 54        |
| <b>7 INTEGRACE UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DZP .....</b>                              | <b>57</b> |
| 7.1 Podoba integrace uživatelů do přirozeného prostředí – chráněné bydlení .....      | 57        |
| 7.2 Nezbytné změny pro úspěšný proces transformace a integrace .....                  | 58        |
| <b>8 VYHODNOCENÍ PŘÍNOSU INTEGRACE PRO UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH<br/>SLUŽEB.....</b>       | <b>59</b> |

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

|   |            |
|---|------------|
| <b>9 CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....</b>           | <b>61</b>  |
| 9.1 Harmonogram postupu dotazníkového šetření ..... | 62         |
| 9.2 Použité metody dotazníkového šetření .....      | 62         |
| 9.3 Analýza dat .....                               | 65         |
| <b>ZÁVĚR .....</b>                                  | <b>106</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDOJŮ.....</b>                  | <b>108</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>                  | <b>111</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>                           | <b>114</b> |
| <b>PŘÍLOHY</b>                                      |            |



## ÚVOD

Transformace sociálních služeb pro lidi s postižením představuje změnu velkokapacitní ústavní péče na bydlení a podporu v běžném sociálním prostředí. Takto transformovaní uživatelé stávajících sociálních služeb budou moci v jejich novém pojetí žít v běžných domácnostech a vést život, který žijí jejich vrstevníci.

Podstatou transformace není rušení péče o lidi s postižením, ale změna způsobu a podmínek jejího poskytování. Zatímco západoevropské země mají pojem „transformace sociálních služeb“ pevně ukotven ve společnosti již několik desetiletí, v České republice tento proces probíhá teprve krátce a o poznání pomaleji.

Do roku 1989 bývalo u nás běžnou praxí, že lidé s postižením žili a dožívali v zařízeních, jejichž kapacita byla nezřídka i několik stovek uživatelů, kde měli nárok pouze na bydlení a stravu. V současné době se tento pohled na poskytování sociálních služeb začíná postupně měnit a Česká republika jde ve šlépějích západoevropských zemí s hlavní myšlenkou, že hendikepovaní lidé mají stejná práva jako jejich zdraví spoluobčané, tedy i právo žít běžným způsobem života.

V souvislosti s novým pohledem na sociální služby se stále budeme setkávat i s pojmem deinstitucionalizace, který představuje další zásadní změnu v poskytování sociální péče. Jak by se mohlo zdát, nejedná se o okamžité rušení těchto velkých ústavů, nýbrž o systematickou přeměnu způsobu a podmínek poskytování péče pro lidi s postižením. Tato přeměna bude spočívat v přechodu uživatelů na nový způsob bydlení do běžných bytů či rodinných domků ve standardní městské zástavbě, kde lidé současně budou moci využívat běžně dostupné sociální sítě, denní programy a najít i podporu při hledání vhodného zaměstnání na běžném trhu práce.

Transformace pobytových zařízení v České republice postupně navazuje na zahraniční trendy, označované jako humanizace ústavní péče. Stěžejním prvkem těchto trendů je respekt k lidským právům, individuálním potřebám a etickým principům v péči o uživatele sociálních služeb.

Obecně můžeme o transformaci sociálních služeb říci, že je naprosto nezbytná a že „již včera bylo pozdě“. Přesun uživatelů z velkých budov do domácností v běžné zástavbě není nic objevného, ale jde pouze o napravování chyb, kterých jsme se v minulosti dopustili tím, že postižení lidé byli soustředěni na jednom místě

a izolování od civilizace. K integraci lidí s postižením však musíme přistupovat s velkou opatrností a citlivostí. Jejich přesun z chráněného a uzavřeného prostředí do běžné společnosti musí být promyšlený, nenásilný, materiálně a technicky dobře zajištěný. Ne všichni z nás jsou totiž připraveni na vstup hendikepovaných lidí do běžné společnosti. Špatně zvládnutá integrace může být pro některé současné klienty sociálních služeb fatální.

Cílem této práce je popsat proces transformace a integrace klientů Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice. Součástí práce je provedení šetření, jehož výstupem je zhodnocení míry připravenosti klientů k možné transformaci domova a integraci klientů do běžného společenského prostředí, a zda zamýšlená integrace bude pro všechny klienty přínosná.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části se věnuji charakteristice osob s mentálním postižením, historií ústavní péče v České republice a v zahraničí, platné legislativě a současné podobě poskytované sociální péče po roce 2006, pojmům transformace sociálních služeb a integrace uživatelů sociálních služeb, podobě a průběhu těchto procesů. V poslední kapitole teoretické části vyhodnocuji přínos integrace pro uživatele sociálních služeb. V části praktické se zaměřuji na současnou podobu péče v Domově pro osoby se zdravotním postižením Medlovice, analýzu prostředí a na vyhodnocení dat, získaných v dotazníkovém šetření. Získané výsledky jsou interpretovány k jednotlivým cílům této práce tak, jak byly stanoveny. Základní analýzou hlavního cíle anonymního dotazníkového šetření je zjistit míru připravenosti klientů k možné transformaci domova a integraci klientů do běžného společenského prostředí.

V dílčích cílech svého dotazníkového šetření budu zjišťovat, zda u klientů probíhá ze strany personálu nácvik úkonů sebe péče o svoji osobu, vedoucí k maximální míře soběstačnosti uživatele, v jaké míře jsou klienti schopni pečovat o svoji domácnost a v jaké míře jsou klienti podporováni v samostatné komunikaci při kontaktu s běžným společenským prostředím (rodina, přátelé, instituce, lékař, plánování volného času atd.). Výstupem analýzy všech cílů bude potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz, zda pro uživatele s nejvyšší mírou podpory má či nemá transformace a integrace do přirozeného prostředí (opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením) opodstatnění, zda zájem uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením o jeho

opuštění a transformování se do běžné společnosti bude vyšší u uživatelů s nízkou mírou podpory, zda personál přímé obslužné péče, včetně vedení zařízení, dokáže vhodně komunikovat s klienty v otázce procesu transformace a zda poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí zlepšuje kvalitu života lidí s postižením.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Pokud hovoříme o osobách s mentálním postižením nebo o lidech se sluchovým či zrakovým postižením, nepředstavujeme je jako nemocné. Na prvním místě je především člověk, nikoliv jeho postižení. Je nutno klást důraz na osobnost člověka a nikoliv na jeho funkční omezení.

Etický přístup a humanizace společnosti se projevuje především v jednání s lidmi s mentálním postižením, ve vytváření podmínek pro jejich život a v neposlední řadě také ve způsobu slovního vyjadřování k lidem s mentálním postižením. Jestliže budeme někoho označovat diagnózou, přestane být člověkem a stane se např. schizofrenikem, mentálně retardovaným, psychotikem apod. Získá tak nálepkou, která jej zařadí do určité skupiny a potvrdí tak staré předsudky a obavy, kolující o postižených lidech ve společnosti. U takto označených lidí si pak těžko dokážeme představit, že takový člověk může někoho milovat, něčeho dosáhnout, nějak žít, něco umět. Proto o diagnóze mluvíme pouze v souvislosti se zdravotním stavem člověka a v rámci zdravotní péče. I zde však nepřestává platit, že v takto vedené komunikaci zdůrazňujeme osobnost daného člověka a posléze jeho zdravotní diagnózu.

Mluvíme tedy o „člověku s mentálním postižením“, nikoliv o „mentálně retardovaném“. V naší společnosti tvoří lidé s mentálním postižením jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi osobami s postižením a celosvětově stoupá díky lepší péči, která snižuje úmrtnost novorozenců. Většinou se jedná o předčasně narozené děti a děti s vrozenými vývojovými vadami, které by bez lepší péče nemohly přežít. Ani v současnosti neexistuje přesná statistika o počtu osob s mentálním postižením v České republice. Pouze na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že u nás žije asi 300 000 mentálně postižených osob.

## 1.1 Charakteristika a definice mentálního postižení

*„Termín mentální retardace (z lat. Mens, 2. p mentis = mysl, retardace = zdržet, zaostávat) byl uveden ve třicátých letech 20. Století Americkou společností pro mentální deficienci.“ (Krejčířová, 2002, s. 12)*

*„Již v roce 1983 definoval Miloš Sovák pojem defekt (z lat. defectus – úbytek, vada, nedostatek, porucha) jako chybění, ztrátu, vadu, nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích. Ačkoliv v posledních letech se užívají spíše jiné termíny (např. zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění, postižení, poškození, aj.), obsah pojmu se nezměnil. Jedná se o poškození v oblasti integrity organismu v důsledku poruchy či narušení v oblasti somatické, psychické, sociální nebo senzorické.“ (Renotiérová, 2005, s. 25)*

Mentální retardace je nesmírně složitý stav vzhledem k celé řadě okolností, kterými může být determinován, proto určení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z tohoto důvodu existuje v naší i světové literatuře řada definic mentální retardace. Nejednotnost v označení poruch vyplývá především ze zdůraznění některých hledisek teoretických postojů autorů.

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především zhoršením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkovém stupni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může projevit s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez ní. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy zhoršeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací. (Valenta, 2012, s. 32)

Defektologický slovník charakterizuje mentální retardaci jako skupinu jedinců s nerovnoměrným (zpomaleným) duševním vývojem. Je používám zejména v americké odborné literatuře. U nás je ztotožňován s termínem oligofrenie - mentální postižení, demence nebo subnorma. To však není ve všech případech přesné. (Sovák, 2000, s. 302)

*„RUBINŠTEJNOVÁ (1976) definuje mentální retardaci jako termín "umstvenaja otsta-lost" tj. trvalé snížení poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“. Podíl biologických faktorů na vzniku mentální retardace, uznává pouze jako činitele, kteří mohou daný stav druhotně ovlivňovat.“ (Černá, Novotný, Stejskal, Zemkova, 1995, s. 5)*

Na pojetí S. J. Rubinštejnové navazuje M. Sovák, který definuje oligofrenii (tímto pojmem nahrazuje termín mentální retardace) jako poruchu vývoje všech psychických funkcí, především však funkcí rozumových, která má různé příčiny a rozličný základ patologicko-anatomický. (Sovák, 1980, s. 126)

Vedle IQ musíme posoudit v každém konkrétním případě také ostatní osobnost, např. její přizpůsobivost, poddajnost, zájem, zvědavost, paměť, napodobivost, těkavost apod. Proto v některých případech nám napoví pouhé číslo IQ poměrně málo a nebude pro nás směrodatné. (Myslivoček, 1956, s. 433)

Z hlediska sociálního o trvalém snížení schopnosti plně se socializovat je v definici zastoupeno Benkovo vyjádření, že jedinec je z právního hlediska oligofrenik, jestliže si své záležitosti nemůže obstarat sám, nemůže se to naučit, pro své vlastní dobro a blaho společnosti potřebuje vedení, kontrolu a péči. (Krejčířová, 2003, s. 161)

O syntézu ze všech hledisek se v definování mentální retardace pokusil Dolejší. Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z činitelů - nedostatku genetických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláště v oblasti vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individua, po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláště v oblasti vývoje osobnosti. (Krejčířová, 2002, s. 13)

## **1.2 Psychická charakteristika lidí s mentálním postižením**

V nynější době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji používá termín mentální retardace. (Švarcová, 2000, s. 25)

*„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“ (Valenta, 2012, s. 31)*

Každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Přece se však u většiny z nich projevují (ve větší či menší míře) společné vlastnosti, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.

Za mentálně retardované se považují takoví jednotlivci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Podle období vývoje, v němž k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje oligofrenie, která se zpravidla pojímá jako opoždění duševního vývoje na podkladě dědičném a vrozeném, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu v průběhu života jedince. (Švarcová, 2006, s. 24)

Lidé s mentální retardací realizují své schopnosti v situaci s mnohonásobnými potížemi. Více než lidé, kteří nemají žádné postižení. Na této situaci se podílejí také zvláštnosti psychických procesů, především v oblasti vnímání, pozornosti a myšlení. Vnímání mentálně postižených bývá především zpomalené, málo diferencované a má omezený rozsah. Proces vnímání stěžuje nedostatečná soustředěnost pozornosti a přidružené smyslové vady. Také rozsah pozornosti je omezený, pozornost je většinou nestálá, kolísavá, rozptýlená. Paměť je charakterizována pomalým tempem v osvojování nových poznatků, nestálostí jejich uchování a nepřesností vybavování. Často se hovoří o tzv. mechanické paměti, která u mentálně postižených převládá nad pamětí logickou. Myšlení se vyznačuje značnou konkrétností a malou schopností zobecňování, bývá charakterizováno jako chudé a málo produktivní. S myšlením úzce souvisí řeč, která je postižena hlavně po stránce obsahové, ale ani formální stránka nebývá na žádoucí úrovni. U mentálně postižených se projevuje zvýšená sugestibilita, impulsivnost citová i volní labilita, nestálost nálady, ale i úzkostnost, pasivita, agresivita a mnoho dalších zvláštností opět specifických pro každého jedince. (Kvapilík, Černá, 1990, s. 9)

Nejpoužívanějším měřítkem pro vyjádření kvantitativního standartu mentální retardace je výsledek vyšetření, vyjádřený stupněm inteligence, tzv. inteligenční kvocient. Zastánci tohoto pojetí definic mentální retardace zdůrazňují možnost zjednodušení, porovnávání a také určitou možnost prognózy, především u dětí v oblasti školní úspěšnosti. Je zapotřebí brát také v úvahu, že stanovení IQ je obvykle ovlivňováno též tzv. „neintelektuálními“ jevy, jako je např. motivační bariéra, nedokonalá schopnost vyjadřování, snížená adaptabilita aj. (Černá, Novotný, Stejskal, Zemkova, 1995, s. 4)

K diagnostikování mentální retardace a její hloubky nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod IQ 70), ale posouzení celé řady dalších schopností daného jedince, především toho, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého širšího i užšího prostředí. (Valenta, 2012, s. 34)

Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezdědka jim umožňují žít bohatým emočním životem. Poměrně málo se lišícím od života nepostižených jedinců. Psychika mentálně retardovaných v sobě ukrývá řadu dosud neodhalených možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod. Jakýkoliv mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vlastními vývojovými potencialitami, které je možné a nutné udržovat a rozvíjet. (Švarcová, 2006, s. 26)

### **1.3 Klasifikace mentální retardace**

*„Mentálním postižením, nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, který je způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“* (Švarcová, 2000, s. 25)

Složitost definování mentální retardace se odráží i ve složitosti klasifikace mentální retardace. Se zřetelem na možnosti výchovy a vzdělání rozlišuje speciální pedagogika podle K. Herforta tři základní stupně slabomyslnosti. Nejtěžším stupněm je idiotie, středním stupněm je imbecilita, nejlehčím je debilita, přechodná forma mezi



slabomyslností a normálem se označuje jako slaboduchost. Kromě stupně, který určují rozumovou úroveň, se stanoví ještě typ slabomyslnosti. Vyskytují se dva krajní typy, typ klidný (torpidní, apatický) a typ neklidný (eretický, verzatilní). Mezi oběma uvedenými typy existují přechodné formy. (Sovák, 1980, s. 129)

Každý mentálně postižený jedinec je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Nicméně se však u značné části z nich projevují určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhou mentální retardaci. Především na její houbce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný. (Sovák, 1980, s. 33)

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se používá v současné době 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, které zpracovává Světová zdravotnická organizace (WHO) a vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do následujících kategorií (MKN-10):

- F 70 Lehká mentální retardace (debilita) IQ 50-69,
- F 71 Středně těžká mentální retardace (imbecilita) 35-49,
- F 72 Těžká mentální retardace (idiocie) 20-34,
- F73 Hluboká mentální retardace (idiocie) 0-19,
- F78 Jiná mentální retardace,
- F79 Neurčitá mentální retardace. (Fischer, 2008, s. 94)

## **Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace**

### **Lehká mentální retardace (F70)**

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 – 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let). Patří sem:

- lehká slabomyslnost,
- lehká mentální abnormalita,
- lehká oligofrenie (debilita).

V charakteristice této úrovně mentálního postižení jsou jedinci schopni v nejlepším případě uvažovat na úrovni dítěte středního školního věku. Respektují některá logická pravidla, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně. V jejich projevu chybí abstraktní pojmy, užívají jen konkrétní označení. Jsou schopni se učit a zvládnout výuku v praktické nebo speciální škole (dříve zvláštní a pomocná). Potíže, které mohou nastat ve škole, se nejčastěji projevují při teoretické práci. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Často mívají problémy se čtením a psaním. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, pracovně se začlenit, ale potřebují dohled a oporu. Lidé s lehkou mentální retardací tvoří asi 80% všech mentálně postižených. (Fischer, Škoda, 2008, s. 98)

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuální míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

### **Střední těžká mentální retardace (F71)**

IQ dosahuje hodnot 35 – 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6– 9 let). Patří sem:

- středně těžká mentální abnormalita,
- středně těžká oligofrenie (imbecilita).

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně omezena řeč a myšlení stejně jako schopnosti sebe obsluhy. Klienti vyžadují v tomto směru chráněné prostředí (tj. hlavně chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Možností edukace se omezují

na trivium, řeč je jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstávají na nonverbální úrovni. Retardace psychického vývoje je často kombinovaná epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. Etiologie tohoto stupně retardace je již většinou organická. (Valenta, Müller, 2003, s. 39)

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

### **Těžká mentální retardace (F72)**

IQ se pohybuje v pásmu 20 – 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3– 6 let). Patří sem:

- těžká mentální abnormalita,
- těžká oligofrenie.

Ve většině případů jde o kombinované postižení (motoriky, zraku apod.). Postižení dovedou v nejlepším případě chápat základní souvislosti a vztahy, zhruba na úrovni batolete. Jsou schopni si osvojit jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, resp. generalizovaně. Někdy se nenaučí mluvit vůbec. Jejich učení je značně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebe obsluhy a plnění několika příkazů. (Vágnerová, 1999, s. 78)

### **Hluboká mentální retardace (F73)**

IQ dosahuje nejvýše 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky).

Patří sem:

- hluboká mentální abnormalita,
- hluboká oligofrenie (idiocie). (Švarcová, 2000, s. 27)

Téměř všichni jedinci, kteří jsou zařazeni do této skupiny, nejsou schopni sebe obsluhy a vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Dále jsou motoricky těžce omezení, nápadné stereotypní automatické pohyby. Kombinace s postižením sluchovým, zrakovým a těžkými neurologickými poruchami. Nedožívají se vyššího věku. Tito jedinci těžce porozumívají požadavkům, instrukcím a nejsou schopni jim vyhovět. Většina osob je imobilní nebo je výrazně omezena v pohybu. Výchova a vzdělávání hluboce retardovaných jedinců je velmi omezena. (Pipeková, 2006, s. 174)

### **Jiná mentální retardace (F78)**

Tato kategorie se používá pouze tehdy, když není možné změřit a určit stupeň postižení intelektu pomocí obvyklých metod, zpravidla vzhledem k přidruženému senzoričkému či somatickému poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, osob s artismem, u osob s těžkým tělesným postižením.

### **Nespecifikovaná mentální postižení (F79)**

Toto označení se používá v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit člověka do jedné z výše uvedených kategorií. (Pipeková, 1998, s. 173)

Mentální retardace se projevuje zejména:

- zvýšená závislost na rodičích a na druhých lidech,
- infantilností osobnosti,
- zvýšenou pohotovostí úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování,
- konformností se skupinou,
- sugestibilitou a rigiditou chování,

- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“,
- v opožděném psychosexuálním vývoji,
- v nerovnováze aspirací a výkonů,
- ve zvýšené potřebě uspokojení a jistoty,
- poruchami v mezi osobních vztazích a komunikaci,
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům,
- impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování,
- citovou vzrušivostí a labilitou nálad,
- poruchami poznávacích procesů, primitivností a konkrétností úsudků, ulpíváním na detailech, sníženou mechanickou a logickou paměť,
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace. (Krejčířová, 2003, s. 167)

## **1.4 Formy péče o osoby s mentálním postižením**

Možnosti péče o osoby s mentálním postižením se v současné době především rozšiřují. Zajišťování probíhá především státní i nestátní organizací, občanským sdružením, církvemi, charitami a organizacemi zdravotně postižených. Je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb bývá podporovat rozvoj nebo alespoň zachovat stávající soběstačnost uživatele, jeho návrat do přirozeného prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika.

### **Formy zajišťující péči o osoby s mentálním postižením**

#### **Institucionální péče (ústavní péče)**

Nejznámější formou péče o tyto jedince u nás, jsou ústavy sociální péče, které byly zřizovány státem hlavně v době minulé. Klasický ústavní model se soustředil spíše na výchovný a léčebný proces. Definicí, která dobře charakterizuje nedostatek přístupu

k individualitě každého člověka, vystihl ve své publikaci M. Cháb. „...ústav neposkytuje nic jiného, než poskytuje okolní svět z veřejně dostupných zdrojů, rozdíl je v tom, že to poskytuje ve světě uzavřeném, ústavním, z vlastních zdrojů“. (Cháb, 2004, s. 4)

Vztah společnosti k této formě péče je často ambivalentní. V současné době jsou způsoby pomoci v oblasti těchto sociálních služeb pro mentálně postižené osoby následující:

Stacionáře - poskytují péči o děti, mládež a dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání. V péči o dospělé toto zařízení supluje činnost chráněných pracovišť, kam by měli dospělí lidé s mentálním postižením docházet.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením - týdenní pobyt. Je vhodné pro dítě, tak pro rodiče. Rodiče se během týdne starají o ostatní děti, chodí do zaměstnání, žijí běžným rodinným životem. O víkendu se starají o postižené dítě. To neztrácí kontakt s rodinou.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – celoroční pobyt. Jsou mnohdy řešením pro rodiče, kteří řeší stávající situaci, ať už z důvodů ekonomických, bytových, v rámci zachování rodiny i z důvodů osobních. Rozhodnutí o zařazení do tohoto typu péče není rozhodnutím lehkým. Pro některé je to však jediné možné řešení dané situace. Potřeba zvyšování kvality péče o klienty v Ústavech sociálně péče, je vyjádřena ve „Standardech“, které vydalo Ministerstvo práce a sociální věcí v ČR v roce 2002. Zde jsou zakotveny povinnosti zařízení respektovat základní lidská práva uživatelů služeb, jakými jsou ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, svobody rozhodování, právo na vzdělání a svobodnou volbu povolání. (Valenta, Müller, 2003, s. 260)

Chráněné bydlení a podporované bydlení - chráněné bydlení je moderním typem pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale mají schopnost žít víceméně samostatně v prostředí, které je svým charakterem fakticky totožné s běžným bytem.

## **Osobní asistence**

Služby osobní asistence v typické podobě jsou služby vymezené a řízené uživatelem. Osobní asistence je zpravidla chápána jako služba pro osoby s postižením fyzickým. Tito jedinci vyžadují převážně pomoc při každodenních aktivitách, jako je osobní hygiena a příprava jídla. Pokud osoby s mentální retardací potřebují intenzivní pomoc, bývají většinou odkázáni na ústavní nebo jinou sociální péči. (Švarcová, 2000, s. 145)

## **Respitní péče**

Jejím cílem je krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a jiné opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně či tělesně postiženou osobu. Ať už se jedná o dítě, dospělého nebo seniora, který je opakovaně na přechodnou dobu v respitní péči umístěn. Tato služba je sjednávána na různě dlouhou dobu dle potřeb nemocného či rodiny. Péče o osobu blízkou je velmi vyčerpávající, jak psychicky, tak fyzicky. Osoba pečující o nemocného, má tak možnost využít čas k regeneraci a odpočinku při nabírání nových sil. (Slezáková, 2007, s. 134)

V Deklaraci o právech lidí s mentálním postižením, jež byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971, žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv mentálně postižených osob:

Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění

do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí. (Švarcová, 2000, s. 160)



## 2 ÚSTAVNÍ PÉČE Z HISTORICKÉHO HLEDISKA

Podle přístupu společnosti k lidem s mentálním postižením můžeme vyvozovat úroveň kvality a demokracie celé společnosti.

První historické zmínky o „ústavní péči“ pocházejí již ze starověkého Egypta, kde existovala léčebná místa, na nichž se shromažďovali nemocní a jejich lékaři a která byla považována za sídla bohů.

Z období antiky historické prameny neuvádějí žádné konkrétní zprávy o existenci zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Nedůživé a nechtěné děti byly v této době považovány za méněcenné a proto byly zpravidla zabíjeny, v lepším případě odloženy.

Zakládání útulků pro lidi se zdravotním postižením a osiřelé děti přichází až s érou křesťanství, jehož hlavní myšlenkou byla nutnost vzájemné pomoci a solidarity mezi lidmi. Ideál lásky k bližnímu a nutnost vzájemné pomoci byly hlavním podnětem pro zakládání nejrůznějších útulků pro nemocné, sirotky či chudé. (Matoušek, 1995, s. 26)

Historickým mezníkem mezi středověkým pohledem na duševní nemoc a novověkým zrodem první ochranné instituce pro duševně a mentálně postižené byla tzv. Loď bláznů, která plnila společenskou funkci izolace postižených lidí od okolní společnosti.

Humanistické myšlenky v období renesance jsou spojeny s pohledem a zájmem o člověka jako takového a s význačným představitelem tohoto období J. A. Komenského jako zastávce myšlenky nutnosti vzdělávat všechny děti; zdravé i postižené.

Od zakladatele moderní psychiatrie Filipa Pinela, zabývajícím se přístupem k duševně nemocným lidem a jejich léčením ve specializovaných ústavech, přes Eduarda Sequina „otce zakladatele“ psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech, se dostáváme k zakladateli české dětské psychiatrie Karlu Herfortovi a jeho působení v organizované péči o lidi s mentálním postižením v čele prvního zařízení v Praze – Ernestina (založeno 1871 jako první zařízení na našem území).

Péče o postižené děti ve specializovaných ústavech se s rozvojem pedagogické vědy postupně zkvalitňovala a již existující ústavy byly vybavovány nejrůznějšími pomůckami, což se promítalo i v učebních osnovách učitelských ústavu. Velmi včasné zavedení povinné školní docházky (Marie Terezie) znamenalo i péči o postižené (např. v USA byla povinná školní docházka uzákoněna až v roce 1918). Situace se změnila až ve druhé polovině devatenáctého století, kdy byly prosazovány myšlenky velkého významu vzdělávání handicapovaných dětí. (Slomek, 2006, s. 5)

Nepočetná síť specializovaných zařízení však nemohla z kapacitních důvodů pokrýt terénní požadavky, řada dětí nejen neměla speciální servis, ale ani nechodila do školy, zůstávala bez vzdělávání. Tímto docházelo ke zneužívání institutu osvobození od školní docházky, kdy o dalším vzdělávání dětí a mládeže rozhodoval podle tehdejší legislativy národní výbor, v praxi pak často ředitel školy, který většinou neměl ani minimální znalosti o problematice mentální retardace. Byla zcela potlačena úloha rodiny, byly potlačeny přirozené rodinné, komunitní a širší sociální vazby lidí s mentální retardací v jejich přirozeném prostředí. (Renotierová, Ludíková, 2003, s. 72 – 74)

## **2.1 Přístup k osobám s mentálním postižením v historii**

Péče o mentálně retardované má pohnutou historii. V jednotlivých obdobích společenského vývoje se tato péče odehrávala v úzkém sepětí s politickou a ekonomickou situací a kulturní úrovní té které doby. Ve společenství prvobytně pospolných převládalo u lidí magické myšlení, převažoval strach z nadpřirozených sil, které měly vyvolat nemoc. Člověk byl posedlý zlým duchem. Péče spočívala v magických ochranných symbolech, talismanech, amuletech. Exorcismus (vyhánění zlého ducha) byl chápán jako způsob léčby. Dále se praktikovala léčba rostlinami, jejich částmi, později se objevovaly i látky živočišného původu (Vencovský, 1996, s. 11)

Je jisté, že např. v období Starého Říma (např. 300 př. n. l.) se mohlo stát a stávalo, že otec rodiny disponující mocí otcovskou (*patria potestas*) tzv. odložil dítě, které se narodilo s těžkým postižením. Nemůžeme však přijmout tezi (resp. pro ni nemáme dostatek validních důkazů), že se tak dělo „z nenávisti“ vůči postiženému dítěti. Lze spíše usuzovat, že se jednalo o výsledek obecné úrovně sociálně

– ekonomické v dané společnosti. Zjednodušeně řečeno – v tehdejší společnosti nedisponovala rodina takovými prostředky, aby mohla o dítě pečovat, stejně tak, nemohla očekávat, že se v budoucnu, ve stáří o rodiče dokáže naopak postarat samo dítě. Kromě vyhlášených léčebných míst, kterých byly ve starém Řecku a Římě existovaly i jakési miniaturní kliniky, jež si někteří lékaři zřizovali ve svých domech. Po krátkou dobu hospitalizace o nemocné pečovali spolu se svými pomocníky a otroky. (Matoušek, 1995, s. 25)

Antická společnost měla poměrně značně bohatou teorii duševních poruch (melancholie, mánie, delirium...) vykládaných různými školami, přičemž na etiologii poruch převažoval „organický“ náhled. Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku, později stoikové i epikurejci si zase všímali vztahů mezi jedincem a společností a poslední lékař Antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy.

Už ve středověku existovala pobytová zařízení, která měla klientovi přinášet jen příjemné zážitky, vždy ale podstatné naplnění směřující k určitému dalšího cíli. Pozdní středověk ani raný novověk však nerozvíjely péči o lidi duševně nemocné. Na sklonku středověku a ještě výrazněji na počátku novověku se i v zákonodárství prosazuje kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně hendikepované, tzv. domovské právo. V našich zemích jej kodifikoval Ferdinand I. Tuto zásadu podržely všechny další zákonné normy péče u nás až do 20. století. Ve středověku byly duševní poruchy považovány jako posedlost zlým duchem a mnoha osobám upáleným za čarodějnictví by bylo možno dnes přisoudit diagnózu mentální retardace. (Valenta, Müller, 2003, s. 16 - 18)

Za období protikladů mezi pokrokovými názory měšťanů proti církevním dogmatům můžeme považovat renesanci. V tomto období se objevují první humanistické myšlenky, zvyšuje se zájem o vědění, umění a člověka jako takového. Z našeho pohledu je renesance spojená především se jménem jednoho z největších humanistů – J. A. Komenského, hájícího ve svých dílech nutnost vzdělávání všech dětí bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení. Až koncem sedmnáctého a začátkem osmnáctého století začínají být duševně nemocní vyloučení ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy (viz. Velká francouzská revoluce a její Deklarace práv člověka z roku 1793). Zakladatel moderní psychiatrie Filip Pinel mění přístup k duševně

postíženým jedincům, tak, že docílí toho, aby duševně nemocní byli zbaveni okovů, kazajek a dozorců odebrány biče. Zavádí novou léčbu, jejíž součástí bylo také to, co dnes můžeme nazývat ergoterapií.

Všichni, kdo byli internováni v těchto ústavech, spadali do společné kategorie, byli to lidé neschopni podílet se na výrobě, na oběhu nebo na akumulaci bohatství. Velké ústavy nového typu zakládá stát, nejsou již zařízeními církevními. Oddělování od církve a specializace ústavů začíná ve stejné době. Začínají se používat názvy jako nemocnice, starobinec, polepšovna, trestnice apod.

Teprve na konci 19. a počátkem 20. století dochází ke změnám, kdy ústavy, které původně sloužily k vylučování lidí ze společnosti, se začínají nově orientovat na potřeby svých klientů. Tento trend v nedávné minulosti vedl ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa, do něhož mohla být paradoxně počítána i klientova rodina. V současné době je propagován model poskytování sociální péče pouze do té míry, jakou klient potřebuje a za podpory jeho vztahů ke svým blízkým. (Matoušek, 1995, s. 29 - 34)

## **2.2 Ústavní péče v ČR a v zahraničí**

Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování. Aby mohlo dítě v klidu vyrůst, aby si osvojilo, co si osvojit má, potřebujeme uzavřené prostředí, chránění před vnějším chaotickým světem. Také k ústavům, stejně jako k některým rodinám, obcím a státům, se váží zakladatelské mýty, v nichž figurují hrdinské postavy. Stejně jako rodiny a státy, udržují ústavy svůj vnitřní řád v souboru pozitivních a negativních sankcí. V ústavech, stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřazenost se ovšem musí krýt s nadřazeností neformální. Ústavy mají svůj folklor, mají svůj slovník, svoji atmosféru. Vůči vnějšímu světu jsou více či méně uzavřené, vstup do nich je kontrolovaný. Mezi klientem a personálem existují hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná.

## Ústavní péče v České republice

Do druhé poloviny dvacátého století v České republice spočívala péče v segregaci těchto osob ve velkokapacitních ústavech sociální péče pro stovky občanů. Tyto ústavy sociální péče obývali tisíce občanů. Velká a hromadná zařízení omezovala klientovo soukromí. Převažovala v nich kolektivní péče, a tím byla potlačována osobnost jedince. Svůj život zde prožívali v naprosto nedůstojných podmínkách. Byla jim odpírána základní práva a přirozené potřeby. Objekty ústavní péče byly vybudovány v různých opuštěných zámeckých objektech a církevních budovách mimo veřejnost. O klienty těchto ústavů sociální péče se staraly především řádové sestry a lékaři. Péče v těchto zařízeních byla převážně zdravotní – ošetrovatelská. Většina personálu byla bez patřičného vzdělání. Výchovná činnost byla především orientována na činnost pracovní. Docházelo zde k omezování osobní svobody, ať již se jednalo o neoprávněnou a nadměrnou medikaci, která vedla k trvalému poškození zdraví klientů nebo zneužívání pracovní síly klientů. Osoby s mentálním postižením byly taktéž vyčleňovány z procesu vzdělávání. Byly utlumeny přirozené rodinné, komunitní a širší sociální vazba osob s mentální retardací v jeho přirozeném prostředí. Klienti byli zbavováni způsobilosti k právním úkonům, osvobozováni od školní docházky. Výchovně – vzdělávací činnost byla realizována pouze v ústavním zařízení. Zmíněné body vedly lidi s mentální retardací postupně k vyčleňování z běžného života. Ve výjimečných případech se o člověka s mentální retardací starala rodina. (Pipeková, 2006, s. 301)

Nejznámějším ústavem zřízeným v roce 1913 v České republice byl Jedličkův ústav v Praze. S nástupem komunistického režimu po druhé světové válce se v tehdejší Československu začala řešit problematika osob s mentálním postižením výstavbou velkokapacitních komplexů podobných nemocnicím. Uniformita těchto ústavů v plné míře popírala individualitu jedince. Pro všechny obyvatele ústavu platil bez výjimek společný řád, jednotný denní režim a často i jednotné ošacení. Takto „opečovávaný člověk“ většinou již neměl možnost vystoupit z tohoto komplexu zpět do běžného života a jeho závislost na ústavní péči se stala celoživotní. Tato zařízení se vlastně stala „státem ve státě“, uzavřená před světem a nekomunikující se svým okolím. Teprve po listopadových událostech v roce 1989 nastupují změny v oblasti ústavní péče, ústavy se pomalu začínají otevírat veřejnosti.

Počátek devadesátých let s sebou přinesl přesunutí více důrazu na zájmy klientů. Pojmy jako humanizace, normalizace, integrace se čím dál častěji používají v návrzích na nové formy péče o lidi s mentální retardací. Viditelná změna nastala s novou platnou legislativou. Zejména s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jež v sobě zahrnují standardy kvality, které každý poskytovatel sociální služby musí splňovat. Zákon nabyl účinnosti 1. 1. 2007.

### **Ústavní péče v zahraničí**

K zabíjení dětí s mentálním postižením nedocházelo jen v dávných dobách, ale i ve dvacátém století. V třicátých letech minulého století se začala v tehdejší Říši prosazovat teorie čisté rasy a osoby s mentální retardací byly izolovány od svého okolí do speciálních zařízení, což ale tehdejšímu režimu nestačilo. V dobách nacistického Německa bylo ve vyhlazovacích táborech zavražděno velké množství mentálně postižených osob, jak dětí, tak i dospělých. V poválečné Evropě, obzvláště v zemích, které nezasáhl komunistický režim, se rozvoj poskytování sociální péče pro hendikepované lidi ubíral jiným směrem než v České republice. Největší pokroky a příklady vyspělosti poskytování sociálních služeb můžeme vidět na švédském či norském modelu. V těchto zemích již byly zrušeny všechny ústavy pro mentálně postižené občany. V 70. letech zde začaly vznikat v běžné zástavbě tzv. skupinové domky pro čtyřčlenné domácnosti osob s mentálním postižením, k nimž na základě individuální dohody docházel personál. Tento model se natolik osvědčil, že v polovině devadesátých let minulého století rozhodl švédský parlament o uzavření všech rezidenčních domovů. V souladu s tímto procesem začala vznikat nová centra, která organizovala aktivity pro osoby s mentálním postižením a se snahou zapojit co největší počet těchto osob do pracovního procesu, tzv. návazné služby. Švédská společnost přijala tyto změny velmi kladně, opadly předsudky, vymizely nebo se velmi snížily negativní vzorce chování „zdravé populace“ vzhledem k hendikepovaným, ve společnosti se zvýšila se solidarita a humanita. Jako příklad ne zrovna dobré praxe v uzavírání ústavů sociální péče, by bylo možno uvést situaci, která vznikla na sklonku šedesátých let minulého století ve Spojených státech amerických. Zde totiž došlo k masivnímu uzavření velkého množství ústavů, aniž by vznikla náhradou jiná vhodná

zařízení. Po velké kritice společnosti, která se na základě této akce rozpoutala, bylo plošné uzavírání ústavů zastaveno. Za jednu z nejvíce institucionalizovaných zemí na světě patří evropské Slovinsko. V zařízeních sociální péče je zde umístěno tolik lidí, že chod těchto zařízení je z provozního hlediska často neudržitelný. (Kvalita v praxi, © 2014)

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ OSOBÁM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

„Sociální služby musí být poskytovány takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod“. (§2 Zákona č. 108/2006 Sb.) Při poskytování sociální služby musí být respektována lidská důstojnost a autonomie uživatelů.

*„Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné.“*  
(Straková, Čermáková, 2008, s. 11)

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují např. tato zařízení: pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, centra denních služeb, denní nebo týdenní stacionáře, chráněné bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, centra sociálně rehabilitačních služeb.

Správně poskytované sociální služby by měly mít následující atributy:

- individualizované („šité na míru“)
- aktivizační
- podporující samostatnost a soběstačnost uživatelů
- předcházející trvání nepříznivé sociální situace uživatele
- nevyvolávající závislost na sociální službě
- zamezující prohlubování tělesného, mentálního a sociálního hendikepu



### **3.1 Zákon 108/2006 o sociálních službách**

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., včetně jeho prováděcí vyhlášky 505/2006, byl po mnohaletých přípravách schválen 14. 3. 2006 a s účinností od 1. 1. 2007 uveden do praxe. Tímto zákonem se v první řadě mění přístup k osobám, které chtějí využívat nebo již využívají sociální službu a zaručuje všem osobám v nepříznivé sociální situaci pomoc nebo podporu. (Straková, Čermáková, 2008, s. 2).

Prostřednictvím prováděcí vyhlášky jsou definovány standardy kvality, které musí všichni poskytovatelé sociální služby naplňovat. Poskytování sociální služby je podmíněno vydáním registrace o poskytování sociální služby, kterou na základě žádosti poskytovatele vydává zřizovatel. Tato registrace uživateli sociální služby zaručuje, že poskytovatel sociální služby splňuje zásadní podmínky hygienického, technického, materiálního, personálního i odborného charakteru. Toto oprávnění o poskytování sociální služby může být při zjištění neplnění kvality deklarované služby nebo povinností poskytovatele, kdykoliv odebráno inspekční kontrolou.

Dalším novým atributem v zákoně je příspěvek na péči. Tato přísně účelová dávka se vyplácí přímo uživateli služby, dle jeho stupně závislosti, a jeho výši stanovuje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Uživatel je s poskytovatelem sociální služby ve smluvním vztahu, který v obecné rovině upravuje vztahy mezi ním a poskytovatelem. Součástí Smlouvy o poskytování sociálních služeb je pro uživatele i specifikace služeb konkrétních – individualizovaných, jejichž smyslem je konkrétní podpora uživatele v soběstačnosti a v péči o svoji osobu, jeho aktivizace a předcházení, popřípadě úplná eliminace jeho nepříznivé sociální situace. Jak se předpokládalo, zákon přinesl závažné změny do činnosti institucionální péče. (MPSV, © 14. 1. 2011)

#### **Základní druhy sociálních služeb podle tohoto zákona**

##### **Sociální poradenství**

Sociální poradenství rozdělujeme na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje nezbytné informace, které vedou osoby k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Tuto základní činnost jsou povinni poskytovatelé sociálních služeb vždy zabezpečit při poskytování všech druhů

sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zabezpečuje poskytovatel sociální služby dle potřeby jednotlivých cílových skupin osob v poradnách jak občanských, tak i v poradnách pro seniory či poradnách pro osoby se zdravotním postižením.

### **Služby sociální péče**

Cílem služeb sociální péče je napomáhat, zajistit a umožnit osobám v co nejvyšší míře se zapojit do běžného způsobu života udržením jejich fyzické a psychické soběstačnosti. Pokud není možné vzhledem ke zdravotnímu stavu osoby toto zajistit, snaží se zabezpečit důstojné prostředí a zacházení. Služby sociální péče zahrnují služby:

- osobní asistence,
- pečovatelská služba,
- tísňová péče,
- průvodcovské a předčitatelské služby,
- podpora samostatného bydlení,
- výchovná, vzdělávací a aktivizační činnost,
- odlehčovací (respitní) služby,
- centra denních služeb,
- denní a týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení.

### **Služby sociální prevence**

Pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které ohrožuje krizová sociální situace, způsob života a životní návyky vedoucí k rozporu a konfliktům se společností. Další okolností je sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů jedince trestnou činností jiné osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhání osobám překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Služby sociální prevence zahrnují služby:

- raná péče,
- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra,
- krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra,
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy,
- sociální rehabilitace. (MPSV, © 2002-2012)

### **Kdo sociální služby poskytuje**

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

## **Základní formy poskytování sociálních služeb**

Služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. (Zákon pro lidi, © 2010-2014)

### **3.2 Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb**

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb jsou rozčleněny do tří skupin.

#### **Procedurální standardy kvality sociálních služeb**

Procedurální standardy upravují oblast vztahů mezi uživateli a poskytovatelem, jak má poskytovaná sociální služba vypadat, na co je potřeba dát si pozor, jak služby přizpůsobit individualitě každého jedince, jak ochránit práva uživatele služeb, jak podávat a vyřizovat stížnosti a jak řešit střet zájmů. Poskytovatel sociální služby musí mít písemně definované poslání, pravidla pro ochranu uživatelů. Poskytovatel musí poskytovat službu v souladu s metodikou, která je písemně definována. Uživatel je srozumitelně informován o možnostech a podmínkách poskytované sociální služby. Aby bylo možné realizovat očekávání, požadavky, osobní cíle zájemce o službu, je nutné důkladně vše vyjednat. Poskytovatel musí zvážit, zda pomocí služby, kterou poskytuje, naplní představy a očekávání zájemce o službu. Smlouva o poskytování sociálních služeb má uvedeny konkrétní podmínky poskytování služby, rozsah a průběh služby, vychází z potřeb a přání potenciálního uživatele služby a je velmi důležité, aby ji zájemce rozuměl. Je uzavírána písemnou formou dle vnitřních pravidel,

pro uzavírání smlouvy o poskytování sociálních služeb, poskytovatele sociální služby.

Jsou to:

Standard 1 - cíle a způsob poskytování sociálních služeb

Standard 2 - ochrana práv osob

Standard 3 - jednání se zájemcem o sociální služby

Standard 4 - smlouva o poskytování sociální služby

Standard 5 - individuální plánování průběhu sociální služby

Standard 6 - dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7 - stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard 8 - návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

### **Personální standardy kvality sociálních služeb**

Věnují se personálnímu zajištění služeb, vedení služby, podpoře a profesnímu rozvoji pracovníků a jejich pracovních podmínek. Poskytování služby je přímo závislé na schopnostech, dovednostech, odborných znalostech a osobních kompetencích pracovníků daného zařízení. Cílem personálních standardů je upřesnění požadavků na vedení a rozvoj pracovníků pracujících v přímé obslužné péči. Jsou to:

Standard 9 - personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10 - profesní rozvoj zaměstnanců

### **Provozní standardy kvality sociálních služeb**

Provozní standardy kvality sociálních služeb upravují podmínky pro poskytování služeb, jako jsou rozvoj jejich kvality, dostupnost, prostory, ekonomické zajištění služeb. Jsou to:

Standard 11 - místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard 12 - informovanost o poskytované sociální službě

Standard 13 - prostředí a podmínky

Standard 14 - nouzové a havarijní situace

Standard 15 - zvyšování kvality sociální služby (MVPS, © 2008)

Snahou všech poskytovatelů sociálních služeb je zaměření se na kvalitu péče o uživatele. Tato kvalita je však velmi obtížně definovatelná a měřitelná a pro každého uživatele sociální služby individuální. Proto je velmi důležité, aby všichni pracovníci v sociálních službách výše uvedené standardy přijali a uměli s nimi pracovat v každodenní praxi v co nejvyšší kvalitě. Při své práci musí dodržovat etické kodexy a principy a Listinu základních práv a svobod. Jejich kladný přístup k uživatelům sociální služby představuje důležitou součást ve změně pohledu veřejnosti na tyto naše spoluobčany, kteří jsou okolní společností někdy vnímáni velmi negativně.

### 3.3 Zařízení poskytující sociální služby a jejich charakteristika

Tabulka 1: Počet sociálních služeb v roce 2012

|   | Počet služeb celkem | V tom služby pro pobyt |           |            |
|---|---------------------|------------------------|-----------|------------|
|   |                     | celoroční              | týdenní   | denní      |
| Centra denních služeb                     | 85                  | 0                      | 0         | 40         |
| Denní stacionáře                          | 253                 | 0                      | 0         | 156        |
| Týdenní stacionáře                        | 67                  | 0                      | 67        | 0          |
| Domovy pro osoby se zdravotním postižením | 212                 | 212                    | 0         | 0          |
| Domovy pro seniory                        | 480                 | 480                    | 0         | 0          |
| Domovy se zvláštním režimem               | 210                 | 210                    | 0         | 0          |
| Chráněné bydlení                          | 148                 | 148                    | 0         | 0          |
| Azylové domy                              | 214                 | 214                    | 0         | 0          |
| Domy na půl cesty                         | 41                  | 41                     | 0         | 0          |
| Zařízení pro krizovou pomoc               | 44                  | 4                      | 1         | 0          |
| Nízkoprahová denní centra                 | 50                  | 0                      | 0         | 0          |
| Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež   | 227                 | 0                      | 0         | 0          |
| Noclehárny                                | 66                  | 24                     | 3         | 17         |
| Terapeutické komunity                     | 17                  | 17                     | 0         | 0          |
| Sociální poradny                          | 587                 | 0                      | 0         | 0          |
| Sociálně terapeutické dílny               | 119                 | 0                      | 0         | 35         |
| Centra sociálně rehabilitačních služeb    | 261                 | 30                     | 3         | 14         |
| Pracoviště rané péče                      | 42                  | 0                      | 0         | 0          |
| Intervenční centra                        | 18                  | 0                      | 0         | 0          |
| Služby následné péče                      | 44                  | 15                     | 0         | 0          |
| <b>CELKEM</b>                             | <b>3 185</b>        | <b>1 395</b>           | <b>74</b> | <b>262</b> |

Zdroj: Český statistický úřad, online, cit. 2014-01-10

Sociální služby se poskytují ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní. Poskytují se např. v těchto zařízeních:

### **Centra denních služeb**

Centra denních služeb se doposud nazývaly například „domovinky“ nebo i centra osobní hygieny. Jedná se o ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne (pravidelně i občasně) využívat osoby se sníženou soběstačností s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností.

### **Denní stacionáře**

Denní stacionáře jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

### **Týdenní stacionáře**

Týdenní stacionáře jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

### **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní



hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

### **Podpora samostatného bydlení**

Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

### **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DZP) jsou jednou ze základních sociálních služeb. Kladou si za cíl pomoci rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentální retardací.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo a obuv;

některými službami se rozumí stříhání vlasů, holení a pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí s ohledem na specifické potřeby osob se zdravotním postižením přiměřeně ustanovení zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních o:

- právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy,
- právu ředitele takového zařízení povolit dítěti pobyt mimo zařízení, zakázat nebo přerušit návštěvu osob odpovědných za výchovu nebo jiných osob v zařízení, být přítomen při otevření listovní nebo balíkové zásilky dítětem, převzít od dítěte do dočasné úschovy cenné předměty, finanční hotovost nebo předměty ohrožující výchovu, zdraví nebo bezpečnost dítěte, povolit dětem starším 15 let cestovat do místa pobytu bez dozoru a zastoupit dítě v běžných záležitostech,
- povinnosti ředitele takového zařízení seznámit dítě s jeho právy a povinnostmi, dát příslušnému soudu podnět ke zrušení ústavní výchovy, pominuly-li důvody pro její nařízení, podat soudu podnět na prodloužení ústavní výchovy, vyžaduje-li to zájem dítěte, podávat informace o dítěti zákonným zástupcům nebo opatrovníkovi a orgánu sociálně-právní ochrany dětí na jejich žádost, projednat předem opatření zásadní důležitosti se zákonnými zástupci nebo s opatrovníkem dítěte, nehrozí-li nebezpečí z prodlení, informovat o nadcházejícím propuštění dítěte ze zařízení příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností, propustit dítě mladší 15 let pouze v doprovodu osob odpovědných za výchovu,
- nároku na kapesné a jeho výši. (Zákon pro lidi, © 2010-2014)

### **3.4 DZP a nové trendy v péči o klienty**

Zatímco před rokem 1989 bývalo běžnou praxí, že zdravotně postižení dožívali ve velkokapacitních zařízeních, kde měli pouze nárok na bydlení a stravu, v současné době se tento pohled na poskytování sociální služby v této podobě již postupně mění. Česká republika jde ve stopách západoevropských států. Začíná věřit, že handicapovaní lidé mají, stejně jako jejich zdraví spoluobčané, právo žít „obvyklým“ způsobem života.

Tyto domovy se v současné době rozvíjejí v oblasti péče, bydlení, materiálního a technického vybavení a v neposlední řadě i jejich členění. Můžeme si zde definovat čtyři základní trendy:

#### **Deinstitucionalizace**

Chápeme jako odklánění se od systému péče o uživatele na základě velkých institucí. Proces, který nepodporuje život v nepřirozeném kolektivním prostředí institucí, ale postupně je nahrazuje. Podporuje a pomáhá udržovat život osoby s postižením v novém typu bydlení v přirozených podmínkách komunity. Deinstitucionalizace pobytových služeb musí probíhat v souladu se zájmy uživatele.

#### **Normalizace**

Uplatňuje princip návratu k normálnímu způsobu života. Každý člověk, i lidé s mentálním postižením, mají stejná práva na důstojný a plnohodnotný život. Spočívá v přiblížení se co nejvíce k životním podmínkám a každodenním činnostem, ve kterých žijí běžní občané.

#### **Humanizace**

Humanizace se projevuje v jednání celé společnosti, ve vytváření adekvátních podmínek pro život osob se zdravotním postižením. Je to proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby bral v potaz oprávněné zájmy a potřeby uživatelů a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli.

#### **Integrace**

K integraci dochází tehdy, pokud klient opustí kolektivní ústavní zařízení a je schopen žít v přirozeném prostředí. K tomu je však nutné vytvořit optimální podmínky a osoby s postižením neodsuzovat a neodmítat.

Nový pohled a vývoj v oblasti poskytování sociálních služeb zaznamenal s přijetím Zákona o sociálních službách v České republice značných změn. Uživatel si vybírá a sjednává sociální službu, která mu bude vyhovovat a bude odpovídat jeho možnostem a představám. Uživatel služby rovněž vnáší své finanční prostředky k pokrytí poskytované sociální služby. To nese nové světlo pro uživatele nabízených sociálních služeb, neboť se začíná vytvářet zdravá konkurence mezi poskytovateli sociálních služeb. Vede k větší zainteresovanosti poskytovatelů na poskytování kvalitních a dobře fungujících sociálních služeb. Současné domovy pro osoby se zdravotním postižením si kladou za cíl vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení jejich uživatelů do běžného života ve společnosti. (Pipeková, 2006, s. 302)

## 4 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB V DZP

Z historického hlediska bývalé ústavy, dnes domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DZP) plně zastupovaly funkci rodiny. Citová pouta, která se v běžné rodině vytváří automaticky, zde však chyběla. Tradiční přístup poskytovaných sociálních služeb byl orientován především medicínsky a ochrannitsky. Personál považoval uživatele za pasivní objekt a jeho péče se omezovala pouze na ošetřování a zajišťování základních biologických potřeb. V případě nevhodného chování klienta se běžně uchýloval k tlumení prostřednictvím léků a direktivních opatření. Tento tradiční způsob péče o klienty přinášel negativní důsledky jako např.:

- šikana,
- hospitalismus – přizpůsobení se na uměle vytvořené životní podmínky v rámci zařízení a snižující se schopnost adaptace na běžný, přirozený způsob života v běžné společnosti,
- medicínský model péče
- stereotypní neosobní prostředí
- mocenský přístup personálu a zneužívání svého postavení vzhledem ke klientům
- snížená motivace k práci
- zanedbatelné sociální zkušenosti.

Nebyla rozlišována cílová skupina klientů poskytované sociální služby, do zařízení byli přijímáni klienti s různými zdravotními diagnózami, byli považováni za chovance, svěřence, obyvatele, personál klientům automaticky tykal a familiérně je oslovoval. Všechny pokoje byly vícelůžkové (běžně 10 - ti – 15 - ti lůžkové), nezřídka i průchozí, neexistovala intimita a soukromí ubytovaných. Převážnou většinu pracovníků tvořil zdravotnický personál, který vyžadoval od klientů bezmeznou poslušnost v rámci provozu a chodu zařízení. Klienti v rámci „rehabilitační činnosti“ vykonávali pomocné práce v kuchyně, v prádelně, při úklidu společných prostor, a to bezúplatně. Zařízení Klient neměl svého „průvodce poskytovanou službou“, ale se svými potřebami

se obracel na aktuálně sloužícího pracovníka. Jen na něm záleželo, jak s danou informací naloží.

Klienti se mohli pohybovat pouze v rámci areálu ústavu. Mimo areál byl jejich pohyb omezen pouze na společné akce s doprovodem pracovníků. Samostatné vycházky měli povoleny jen „vyvolení“ klienti, kteří z obavy z fyzických trestů bezmezně plnili příkazy svých „velitelů“. Celkově se na jakýkoliv pohyb mimo ústav nahlíželo jako na nežádoucí činnost. Neexistovala žádná možnost výběru např. spolubydlícího, jiného typu jídla, jak strávím den (budíček pro všechny ve stejnou dobu, podávání jídla ve stejný čas a pravidelně se opakující denní režim). Samozřejmostí bylo téměř jednotné ošacení pro všechny klienty, označené na viditelném místě jménem (nemohli si vybrat podle svého vkusu), dokonce neměli volný přístup ke svým věcem, které byly zamčené ve společné skříni na chodbě, a klíč měl pouze personál. Přestože byli někteří klienti schopni se o své osobní věci starat sami, nebylo jim to umožněno. (Kopřiva, 2006, s. 18 – 19)

#### **4.1 Historie ústavu sociální péče**

Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice se nachází ve Zlínském kraji ve správním obvodě Uherské Hradiště, na polovině cesty mezi Kyjovem a Uherským Hradištěm na jihovýchodním okraji Chřibů s počtem 486 obyvatel. První nalezená zmínka o této obci je z roku 1351. Od roku 1538 sdílely Medlovice osud s Buchlovským panstvím.

Objekt je tvořen dvěma propojenými budovami. Tzv. stará budova byla postavena v roce 1907 a původně sloužila jako škola.

V roce 1977 se ze školského zařízení stává ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež, v režimu týdenního provozu s kapacitou 30 klientů.

Tento týdenní pobyt se v roce 1991 mění na pobyt celoroční a poskytované sociální služby mají charakter nepřetržitého provozu.

Nová budova byla přistavěna v roce 1998 a v souvislosti s ní bylo realizováno několik stavebních úprav. Mimo jiné i přestavba ubytovací části, čímž se zvýšila kvalita počtu lůžek na jednotlivých pokojích (2 lůžkové max. 5 lůžkové). Těmito stavebními úpravami došlo k navýšení kapacity z 30 lůžek na 42 lůžek. Přistavbou vznikly dva

šestilůžkové pokoje, a celý objekt se stavebně rozdělil na čtyři oddělení. K 1. 1. 2014 se kapacita služby snížila na 36 klientů v celoročním nepřetržitém pobytu za zachování původních čtyř oddělení. Na každém z oddělení 1. – 3. s kapacitou deset lůžek, 4. oddělení, simulující chráněné bydlení, má kapacitu šest lůžek a svoji denní místnost, která slouží ke scházení se uživatelů tohoto oddělení. Každé oddělení má svoji relaxační multi smyslovou místnost.

Dalšími úpravami bylo dosaženo bezbariérovosti objektu, mezi suterénem a druhým nadzemním podlažím zajišťuje bezbariérovost výtah. Tento je určen i jako případná evakuační cesta, jeho chod je při výpadku elektrické energie zajištěn agregátem. Mezi druhým nadzemním podlažím a půdní vestavbou je bezbariérovost zajištěna plošinou pro převoz imobilních uživatelů. Provoz domova je zabezpečen i samostatným stravovacím provozem a vlastní prádelnou.

Od roku 1998 je součástí objektu DZP Medlovice detašované pracoviště speciální školy s denním provozem, kde výuku klientů domova zajišťuje speciální pedagog. (Sociální služby UH, © 2011)

## **4.2 Způsoby a principy poskytovaných sociálních služeb před rokem 2006**

Po vzniku Československé republiky v roce 1918 byla chudinská péče poskytována až jako krajní řešení situace. Primární roli převzala rodina, dále systémy veřejného zabezpečení, případně podpora ze strany spolků, fondů a soukromoprávních subjektů. Odpovědnost zainteresovaných subjektů tedy byla formulována jako posloupnost s jasnou prioritou rodiny. (Matoušek, 1995, s. 23)

Po druhé světové válce byla tradice kontinuity vývoje sociální politiky s evropským vývojem přetržena. Ke změně koncepce sociálního zabezpečení došlo hned po roce 1948, kdy byl zrušen institut domovského práva. Starost a péče o znevýhodněné jedince přešla zákonem č. 174/1948 Sb. z obcí na stát a jednotný systém sociálního zabezpečení kodifikoval zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení a převedl téměř veškerou sociální péči na stát a jeho orgány.

Rok 1989 znamenal podstatné změny i v oblasti sociální. V rámci Scénáře sociální reformy v roce 1990 se mimo jiného také předpokládala reforma celého

systemu sociální pomoci v rozsahu i obsahu odpovídajícímu vývojovým trendům společnosti. Snahy o reformu systému sociální péče, ale nebyly až tak úspěšné, jak se předpokládalo. Na legislativních změnách se sice začalo pracovat již v roce 1994, ale trvalo více jak 10 let, než došlo k novému nastavení systému sociální pomoci, který doznal změny až v roce 2006.

Po roce 1989, po uvolnění politické situace, došlo k velkému nárůstu počtu nestátních neziskových organizací, které začaly poskytovat sociální služby. Vzhledem k nedostatečné právní úpravě byla většina těchto organizací zřizována jako občanská sdružení podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů. Občanská sdružení preferovala poskytování služeb neústavního charakteru.



## **5 PODOBA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ PÉČE PO ROCE 2006**

Podmínkou v pokračování poskytování sociální služby po roce 2006 byla registrace původního Ústavu sociální péče pro mládež Medlovice od 1. 7. 2007 do registru poskytovatelů sociálních služeb podle zákona 108/2006 Sb., §78, o sociálních službách jako poskytovatel sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice, jehož cílovou skupinou jsou uživatelé se středně těžkým a hlubokým mentálním postižením a uživatelé s kombinovanými vadami, kteří své zdravotní a sociální znevýhodnění nemohou zvládat v přirozeném prostředí sami nebo za pomoci svých rodin. Dle zákona č.108/2006 Sb., §88 písmeno j), o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jsou přednostně přijímány děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají mentální postižení a kombinované vady. DZP Medlovice je organizační složkou Sociálních služeb Uh. Hradiště p. o., jejímž zřizovatelem je Zlínský kraj. Způsob poskytování sociální služby, včetně základních činností, je zakotven ve zřizovací listině organizace. Služba je poskytována formou celoročního pobytu.

### **5.1 Zavádění standardů kvality v DZP Medlovice**

Hlavním posláním naší práce je umožnit uživatelům důstojný život a naplňování jejich životních potřeb. Formami aktivního působení a využíváním dostupných ošetřovatelských postupů, podporujeme samostatný rozvoj uživatelů služby a snažíme se uživatele podporovat v činnostech, které sníží jejich závislost na naší službě a zmírní jejich nepříznivou životní situaci. Smysluplnost naší práce spatřujeme v možnosti být prospěšný, vytvářet podmínky, které uživatelům naší služby umožní žít způsobem, který je považován za běžný. Ve všech svých činnostech si uvědomujeme, že závislost našich uživatelů na pomoci a podpoře je velmi vysoká a naplnění našeho poslání vyžaduje ze strany všech našich pracovníků respekt k těmto skutečnostem. Důraz je kladen na dodržování lidských práv a základních svobod osob. Obecnými cíli poskytované sociální služby jsou:

**Podpora a integrace** - každodenním působením na uživatele směřovat k jejich začlenění do běžného života, k jejich seberealizaci a uplatnění.

**Podpora nezávislosti** - usilovat o získání, obnovení či posílení samostatnosti uživatelů v nejvyšší možné míře.

**Ochrana uživatelů** - vždy poskytovat ochranu uživatelům v možnostech uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy.

**Vyrovnaní příležitostí** - napomáhat uživatelům odstranit znevýhodnění snižováním omezení, které plyne z jejich sociální a zdravotní situace.

**Podpora vzdělávání** - v souladu se školským zákonem zajistit uživatelům školní docházku, dosažení možného stupně vzdělání a toto vzdělávání podporovat a naplňovat i mimo dobu školní výuky.

**Podpora aktivity** - podporovat volnočasové a zájmové programy, které napomáhají k rozvoji uživatelů.

### **Cíle služby u mobilních uživatelů**

Cílem poskytované sociální služby je rozvoj a nácvik soběstačnosti uživatele s ohledem na jeho schopnosti a možnosti a maximální možné začlenění uživatele do místní komunity, spojené s využíváním místních služeb.

### **Cíle služby u imobilních uživatelů**

Cílem poskytované sociální služby je vymezená integrace v upraveném sociálním prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod (bazální stimulace, podpora dostupných sociálních kontaktů) vždy s přihlédnutím ke schopnostem a možnostem uživatele.

Hlavní myšlenkou při stanovování zásad poskytování sociální služby bylo, že není možné přizpůsobovat uživatele službám, které jsou jim poskytovány, naopak služby co nejvíce přizpůsobit tak, aby vyhovovaly uživatelům a dokázaly naplňovat jejich potřeby.

### **Mezi hlavní zásady při poskytování sociálních služeb patří:**

- zachovávání důstojnosti uživatele,
- dodržování práv uživatele,
- respekt k vlastnímu rozhodnutí uživatele,

- respekt k právu uživatele na přiměřené riziko,
- podpora uživatele v seberealizaci,
- podpora nezávislosti uživatele na službě,
- zachování vzájemného respektu a úcty mezi uživateli a pracovníky zařízení,
- podpora rozvoje schopností a dovedností uživatele.

K zajištění těchto zásad byl pracovníky přijat Etický kodex pracovníků DZP Medlovice, jehož principy jsou pro všechny pracovníky závazné. V souladu se všeobecně uznávanými principy se zařízení zaměřuje především na tyto hodnoty a principy etického jednání pracovníka:

#### **Dodržování práv uživatelů**

Uživatel je v nevýhodném postavení vůči „Domovu“ (jako jednotlivec k organizaci), „domov“ proto vytváří takové podmínky, v nichž uživatelé služeb mohou svá práva naplňovat.

#### **Respektování volby uživatelů**

„Domov“ vytváří podmínky, v nichž se uživatelé služeb mohou cítit důstojně, rozhodovat o svých záležitostech v rozsahu svých schopností a možností, a nést důsledky svého rozhodnutí. (omezení práv uživatelů musí být v souladu s Deklarací práv mentálně postižených – OSN 1971)

#### **Individualizace podpory**

Služby respektují individualitu jednotlivých uživatelů.

#### **Zaměření na celek**

Na situaci uživatele služeb se pohlíží v souvislostech, nikoliv jen na dílčí aspekty. To znamená, že všechny služby nejsou poskytovány jedním poskytovatelem, ale je zohledňována celková situace člověka a při řešení jeho situace je využívána spolupráce s ostatními organizacemi, institucemi a rodinou.

#### **Flexibilita**

Služby se průběžně přizpůsobují potřebám uživatelů, nikoliv uživatelé potřebám pracovníků, vžitých postupů a režimu „Domova“.

Pracovník „Domova“ uznává, že člověk s mentálním postižením má mít v nejvyšší možné míře stejná práva a povinnosti jako ostatní lidé. (Sociální služby UH, © 2011)

## **5.2 Poskytování sociální péče na základě individuálního plánování s klienty v DZP Medlovce**

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 88, odst. f, jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.

Při plánování poskytování sociální služby je nezbytné vycházet z osobních cílů a potřeb uživatele, ze schopností uživatele, a zároveň z možností DZP. Posouzení stavu a schopností uživatele a jeho prostředí je jednou ze základních metod a nutných předpokladů kvalitní péče o osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Průběh služby je přiměřeně plánován společně s uživatelem služeb. O plánování je vedena písemná dokumentace – „individuální plán“, který je součástí osobního spisu uživatele. Individuální plán se skládá ze dvou částí:

- osobní cíle uživatele,
- plán péče uživatele.

Pro stanovení rozsahu služby je důležité vycházet z toho, co je uživatel schopen zvládnout sám, a s čím potřebuje pomoci. Základním nástrojem je rozhovor s uživatelem. Někdy však uživatel nedovede sám definovat problémové okruhy, které jsou pro něj a jeho okolí klíčové. V takovém případě můžeme s pomocí vhodně zvolených nástrojů upřesnit odpověď na cíleně kladené otázky. Mezi tyto nástroje patří např. sociální šetření, denní záznamy, odstupňování požadavků na péči – poukazuje na problematické okruhy v samostatnosti při uspokojování potřeb uživatele.

Podpora a pomoc musí být uživateli poskytnuta v takové míře, aby přispívala k jeho rozvoji, udržení jeho nezávislosti a odpovědnosti všude tam, kde je to možné, a k naplnění jeho osobních cílů, nikoliv k zbytečnému nahrazování kroků uživatele.

Riziko překročení nezbytné podpory, rozšíření služeb nad tuto míru, pak může vést ke ztrátě kompetence uživatele a k jeho nadbytečné závislosti na sociálních službách. Individuální plány průběžně zapisují klíčoví pracovníci do dokumentace uživatele, do kterého mohou uživatelé kdykoliv nahlédnout, zda se plní jejich cíle a očekávání.

## 6 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V současné době se v oblasti sociálních služeb setkáváme s pojmem, „transformace pobytových služeb“. V roce 2007 Vláda ČR schválila „Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Její součástí je i pilotní projekt Ministerstva práce a sociálních věcí - Podpora transformace sociálních služeb. Tento dokument má za cíl vyjádřit podporu k provedení změn těm poskytovatelům sociálních služeb, kteří se rozhodnou poskytovat své služby v přirozeném prostředí a na základě individuálních potřeb uživatelů. Pojem transformace sociálních služeb můžeme tedy definovat jako souhrn procesů ve změnách řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, že výsledným stavem je péče o uživatele v přirozených sociálně společenských podmínkách. (MPSV, © 30. 3. 2010)

### 6.1 Podoba a průběh procesu transformace

Transformace pobytových sociálních služeb je postupný proces nahrazování původního ústavního prostředí takovým, které je pro většinu obyvatel přirozené a běžné. Lidé se zdravotním hendikepem tak mohou žít v běžných domácnostech a vést takový život, jaký žijí jejich vrstevníci. Transformace pobytových služeb je v podstatě změna způsobu a podmínek v poskytování sociální služby jejím uživatelům. Obyvatelé zařízení s velkou kapacitou, která jsou dnes již nevyhovující, nachází zázemí v rodinných domcích či bytech, kde je jim zajištěna potřebná podpora podle toho, jak velkou míru podpory od druhého člověka potřebují. Jedná se o změnu způsobu a podmínek poskytování sociální péče, nejedná se o rušení péče o lidi se zdravotním postižením. S podporou sociálních služeb jsou i lidé s postižením schopni žít v běžných malých domácnostech, vykonávat spoustu činností v péči o svou osobu, případně i chodit do zaměstnání či do chráněných denních programů. Základem je respekt k lidským právům, k individuálním potřebám osob s postižením a etickým principům.

Transformace je především o změně myšlení v poskytování sociálních služeb a probíhá v deseti krocích:

- osvěta,
- řízení procesu,
- národní analýza,
- místní analýza a analýza instituce,
- plánování služeb,
- plánování přesunu zdrojů,
- příprava a přemístění uživatelů,
- příprava a přemístění zaměstnanců,
- logistické plánování celého procesu,
- sledování a hodnocení.

Také Zlínský kraj, který je zřizovatelem DZP Medlovice se zapojil do projektu MPSV ČR zavádění procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb na alternativní a ambulantní služby. Transformace pobytových sociálních služeb ve Zlínském kraji by se měla stát jednou ze stěžejních oblastí, na kterou by se sociální služby v budoucnu měly zaměřit. Velmi důležitou částí transformace pobytových sociálních služeb je proces přípravy uživatelů v zařízeních na přechod do jiných typů služeb. Pro člověka, který strávil část svého života nebo dokonce celý život v ústavním zařízení, může být změna způsobu života, kterou transformace přinese, náročná. Lidé, kteří doposud žili v zařízeních ústavní péče, a u kterých byly přerušeny sociální kontakty s jejich blízkými, mohou být poznamenáni závislostí na ústavním způsobu života. Proto změně způsobu života uživatelů předchází důkladná příprava, která obnáší jak vyhodnocení potřeb člověka, tak naplánování průběhu transformace. V rámci přípravné fáze transformace musí pracovníci zařízení velmi intenzivně pracovat s uživateli na vyhodnocování a posuzování jejich individuálních schopností a potřeb. Obzvláště na specifikaci činností, které zvládají sami a ve kterých potřebují podporu pracovníků. Na základě tohoto vyhodnocení jsou pak uživatelé individuálně připravováni a je nastavována jejich individuální podpora v nové sociální službě. Do přípravy uživatelů na transformační změnu jsou zapojováni rovněž jejich opatrovníci, rodinní příslušníci, popřípadě další blízké osoby. Potřebnou podporu v nových sociálních službách budou uživatelům poskytovat především pracovníci stávajících zařízení. Tito pracovníci jsou na transformační změnu intenzivně

připravování např. formou různých typů vzdělávání, sdílením dobré praxe v zařízeních, kde transformační proces probíhá již delší dobu. Je nutné, aby se naučili pracovat s riziky, které se v procesu transformační změny mohou objevit, rozvíjet své odborné znalosti a dovednosti, aby uživatelům v nových službách byli schopni poskytnout potřebnou podporu. Stávající poskytovatelé sociálních služeb mohou v procesu plánování rozvoje sociálních služeb spolupracovat především na rozvoji návazných sociálních služeb, kterými jsou především podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace. Poskytovatelé se mohou také podílet na rozvoji pracovních příležitostí lidí se zdravotním hendikepem např. formou provozování chráněných dílen nebo programů podporovaného zaměstnání.



## **7 INTEGRACE UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DZP**

Prostředkem integrace při začleňování sociálně vyloučených osob nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, s cílem jejich návratu do společnosti a na trh práce, je intervence (finanční podpora Evropských sociálních fondů) pro sociální oblast.

Tato podpora se zaměřuje především na poskytování sociálních služeb a sociálně preventivních programů pro cílové skupiny osob, na podporu zvyšování odborné a profesní kvalifikace pracovníků v sociální oblasti, na podporu procesů řízení a managementu organizací a subjektů poskytujících služby. Zaměření dané oblasti podpory vyplývá z celkové nedostatečné dostupnosti sociálních služeb pro cílové skupiny v České republice a z nedostatečné kvalifikace, odborné a profesní připravenosti pracovníků v sociálních službách. Oblast podpory zároveň reaguje na potřeby systémových změn, které se v oblasti sociální integrace v současné době realizují. Jednou z cílových skupin sociální integrace jsou i osoby se zdravotním postižením. V rámci této cílové skupiny usiluje o integraci svých uživatelů do běžného společenského prostředí i Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice.

### **7.1 Podoba integrace uživatelů do přirozeného prostředí – chráněné bydlení**

Sociální služba – domov pro osoby se zdravotním postižením přestává v současné době odpovídat potřebám větší části jejich uživatelů, kteří na základě dobře nastaveného individuálního plánování, získávají všechny předpoklady pro postupné získání samostatnosti a soběstačnosti. Za podpory a pomoci svých klíčových pracovníků si upevňují a prohlubují své schopnosti a dovednosti, které je přibližují k životu v přirozeném prostředí. Tato realita dala podnět ke vzniku nové sociální služby – chráněného bydlení. Jedná se o pobytovou službu určenou dospělým osobám s lehkým a středně těžkým mentálním postižením, popřípadě kombinovaným postižením. Jejich situace vyžaduje podporu fyzické osoby, zejména v oblasti péče o svoji osobu a péče o domácnost, klientům je poskytována individuálně a v rozsahu nezbytně nutném tak, aby mohli vést běžný způsob života v maximální možné míře.

Uživatelé se ve své domácnosti postupně začínají zapojovat do jejího chodu, připravovat si běžnou denní stravu mimo obědů, nakupovat potraviny, umývat a utírat nádobí, podílet se na běžném úklidu svých pokojů, samostatně si prát a žehlit. Uživatelé se za podpory pracovníků učí poznávat i vzdálenější okolí, cestovat hromadnou dopravou do okresního města a poznávat jeho prostředí, nacvičovat chování na místních komunikacích a komunikacích okresního města, nácvič nákupů v místních obchodech i velkých supermarketech, docházky ke kadeřnici, na pedikúru, nácvič návštěv kulturně společenských a sportovních zařízení (divadlo, kino, galerie, aqvapark apod.).

## **7.2 Nezbytné změny pro úspěšný proces transformace a integrace**

Jednou z nezbytných změn v poskytování sociální služby po procesu transformace a během integrace je odlišné personální obsazení vyplývající z důvodu měnících se potřeb klientů a tudíž s využívání jiné služby než doposud. Služby již nejsou zajišťovány centrálně, ale dle požadavků konkrétní domácnosti. Pracovníci zde fungují v pozici asistentů, kteří uživatelům pomáhají radou a drobnou podporou v některých službách jako je úklid, praní, žehlení a příprava jednoduchých jídel. Předností těchto pracovníků je, že nepřinášejí do nově vzniklé služby staré a zažité způsoby práce, ale poskytují uživatelům nezbytnou pomoc a podporu v souladu s moderními trendy sociálních služeb. K integraci v pravém smyslu slova dochází v okamžiku, když uživatel opustí kolektivní ústavní zařízení a má všechny předpoklady žít přirozeným způsobem života. Nicméně záleží také na postoji společnosti, která neodmítá přijmout mezi sebe hendikepované spoluobčany, ale naopak vytváří optimální podmínky pro jejich začlenění.

## **8 VYHODNOCENÍ PŘÍNOSU INTEGRACE PRO UŽIVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Transformace celé sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice a následná integrace jeho uživatel do přirozeného prostředí je komplexní změnou způsobu poskytované služby a zřízení kvalitní sociální služby komunitního typu.

Nové služby budou odpovídat individuálním potřebám klientů, zajistí jim integraci do většinové společnosti, zkvalitní jejich životní podmínky a umožní maximální rozvoj jejich osobnosti. Dojde ke změnám organizačních a řídicích podmínek, které povedou k novému způsobu života klientů srovnatelnému s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí. Jako stávající služba, tak i budoucí bude pokrývat kapacitu pro 36 klientů. Budou zřízeny nové služby dle tohoto předpokladu:

- domov pro osoby se zdravotním postižením v počtu 28 klientů s vysokou mírou podpory,
- chráněné bydlení v počtu 4 klientů s nízkou a středně vysokou mírou podpory (vybudování domácností v běžné zástavbě – rodinný dům, byt),
- podpora samostatného bydlení v počtu 4 klientů s nízkou mírou podpory (terénní služba, klienti budou mít pronajaté byty a v nich jim bude poskytována služba původním poskytovatelem).

Klientům s vysokou mírou podpory budou v DZP zajištěny denní programy, které budou individuálně odpovídat potřebám klientů (alternativní a augmentativní komunikace, canisterapie, fyzioterapie, ergoterapie, snoezelen, muzikoterapie...).

Klienti chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení budou navštěvovat dnes již existující návazné sociální služby ve spádovém obvodu Uherské Hradiště (sociálně terapeutické dílny, centra denních služeb, denní stacionáře) a využívat veřejné služby, které daná lokalita nabízí (holič, kadeřník, pedikúra, masáže, restaurace apod.).

Přínosem integrace pro uživatele stávajících sociálních služeb bude:

- individualizace a humanizace poskytovaných služeb (vznik nových neústavních služeb komunitního typu představující přirozený způsob života klientů, využívajících veřejné služby a jejich začlenění do společenského života),
- vytvoření sítě služeb dle individuálních potřeb klientů (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením), které představují zkvalitnění bytových podmínek klientů a zvýšení kvality jejich života všeobecně,
- zvýšení kompetencí a možnosti klientů v podobě možného zaměstnávání na chráněném či volném trhu práce
- navazování a prohlubování spolupráce s partnerskými organizacemi (zejména s návaznými službami)
- osvěta veřejnosti (soužití s lidmi s postižením je v moderní společnosti v běžné zástavbě normální),
- částečné nebo úplné navrácení způsobilosti k právním úkonům pro uživatele sociální služby
- nová pracovní místa a zvýšení odbornosti stávajících zaměstnanců.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 9. CÍLE DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Cílem praktické části je zmapování naplňování standardů kvality sociálních služeb v praxi v konkrétním zařízení sociální péče. V této části se jedná nejenom o analýzu prostředí Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice, na základě vlastního dotazníkového šetření, ale také o snahu zjistit postoje pracovníků pečujících o klienty a v neposlední řadě i postoje okolní společnosti k integraci osob s mentálním postižením, žijících v tomto zařízení sociální péče, do přirozeného společenského prostředí, zkvalitňování jejich života a naplňování jejich zákonných potřeb v souladu s evropskými trendy.

**Hlavní cíl** - hlavním cílem dotazníkového šetření je zjistit míru připravenosti klientů k možné transformaci domova a integraci klientů do běžného společenského prostředí.

#### **Dílčí cíle**

- zjistit, zda u klientů probíhá ze strany personálu nácvik úkonů sebe péče o svoji osobu, vedoucí k maximální míře soběstačnosti uživatele.
- zjistit, v jaké míře jsou klienti schopni pečovat o svoji domácnost.
- zjistit, v jaké míře jsou klienti podporováni v samostatné komunikaci při kontaktu s běžným společenským prostředím (rodina, přátelé, instituce, lékař, plánování volného času atd.).

**Hypotéza č. 1:** Pro uživatele s nejvyšší mírou podpory nemá transformace a integrace do přirozeného prostředí (opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením) žádné opodstatnění.

**Hypotéza č. 2:** Zájem o opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením a transformování se do běžné společnosti bude vyšší u uživatelů s nízkou mírou podpory.

**Hypotéza č. 3:** Personál přímé obslužné péče, včetně vedení zařízení, dokáže vhodně komunikovat s klienty v otázce procesu transformace.

**Hypotéza č. 4:** Poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí zlepšuje kvalitu života lidí s postižením.

## **9. 1 Harmonogram postupu dotazníkového šetření**

Výzkumné šetření, použité pro tuto diplomovou práci, bylo provedeno formou dotazníkové metody, za laskavého svolení vedoucí zařízení, paní Bc. Evy Coplákové. Příprava teoretické a výzkumné části probíhala v rozmezí měsíců března až července 2013. V měsíci srpnu byl proveden předvýzkum vhodnosti a použitelnosti sestaveného dotazníku. Předvýzkum měl zjistit, zda zvolená výzkumná metoda je pro respondenty vhodná, otázky dobře formulovány a zda jim respondenti dobře rozumějí, jak na ně reagují a zda na ně chtějí odpovídat, popřípadě jestli mohou při realizaci šetření nastat nějaké problémy. Nápomocni byli v této fázi především klíčoví pracovníci, kteří hrají velkou roli v rámci individuálního plánování uživatelů služby. Znají vhodné metody a techniky při zjišťování potřeb uživatele služby, především techniky při zjišťování potřeb s verbálně nekomunikujícím uživatelem sociální služby. Jelikož při předvýzkumu žádné problémy nenastaly, byla tato dotazníková metoda šetření označena za vhodnou k distribuci na oddělení.

Vlastní dotazníky, spolu se žádostí o povolení distribuce dotazníků na oddělení Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice byly vedoucí zařízení předloženy v měsíci listopadu 2013. Stěžejní technikou tohoto výzkumu byl dotazník, jehož obecným cílem bylo zmapování naplňování standardů kvality sociálních služeb v praxi a hlavním cílem pak zjištění míry připravenosti klientů k možné transformaci a integraci do běžného společenského prostředí, v konkrétním zařízení sociální péče. Sběr dat probíhal v průběhu dvou měsíců – říjen a prosince 2013. V tomto časovém období bylo rozdáno 36 dotazníků, z toho se vrátilo 36, tj. 100 % návratnost. Všechny dotazníky byly vyplněny správně a úplně, a proto žádný z vrácených dotazníků nebyl vyřazen.

## **9. 2 Použité metody dotazníkového šetření**

Pro účel tohoto výzkumného šetření byla zvolena metoda anonymního dotazníkového šetření. Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat a je tvořen sérií otázek, jejichž prostřednictvím chceme získat názory a fakta od respondentů. Podstatou každého dotazníku je předem dobře promyšlená struktura, která zohledňuje stanovený cíl a poslání dotazníku. Ve výzkumném šetření byla použita

technika standardizovaného dotazníku s uzavřenými otázkami. Otázky, které jsou v dotazníku použity, jsou vzhledem k míře postižení dotazovaných respondentů pouze uzavřeného typu. Jedná se o soubor možných odpovědí, ze kterých respondenti vybírají sami, či s dopomocí pracovníků vhodnou odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti. Dotazník byl anonymní a určen všem klientům domova pro osoby se zdravotním postižením. V úvodu dotazníku jsou uvedeny základní údaje o osobě tazatele a informace o následném využití dotazníkového šetření, jako podkladu pro praktickou část mé diplomové práce. Dotazník má standardizovanou formu a tvoří jej 33 otázek.

### **Dotazník je vyhodnocován dle následujících okruhů a typů odpovědí**

- I. Okruh vyjádření pohody a nepohody – dotazníková otázka č. 1.
- II. Okruh jídla a pití - dotazníková otázka č. 2.
- III. Okruh péče o sebe - dotazníková otázka č. 3 – 6.
- IV. Okruh pohybu - dotazníková otázka č. 7.
- V. Okruh zdraví - dotazníková otázka č. 8 - 10.
- VI. Okruh komunikace - dotazníková otázka č. 11 - 12.
- VII. Okruh orientace v prostředí - dotazníková otázka č. 13 - 14.
- VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi - dotazníková otázka č. 15 - 19.
- IX. Okruh organizace dne - dotazníková otázka č. 20 - 23.
- X. Okruh využívání veřejných služeb - dotazníková otázka č. 24.
- XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika - dotazníková otázka č. 25 - 30.
- XII. Okruh mezilidských vztahů - dotazníková otázka č. 31 - 33.

Odpovědi:

- **Ano** - značí nízkou míru závislosti
- **Ne** – značí vysokou míru závislosti
- **S podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** – značí střední míru závislosti

### **Charakteristika zkoumaného vzorku (okruh osob, kterým je služba určena)**

Domov nabízí nepřetržitou péči osobám se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením a také uživatelům s kombinovanými vadami, kteří své zdravotní a sociální znevýhodnění nemohou zvládat v přirozeném prostředí sami, nebo za pomoci svých rodin. V „Domově“ jsou čtyři oddělení, každé z nich je zaměřeno na uživatele

služby se specifickými potřebami v poskytované péči. Do „Domova“ jsou přijímáni uživatelé ve věku od 3 do 18 let, a to na oddělení I., II. a III., která jsou určena pro imobilní uživatele. Na těchto odděleních žijí v současné době i uživatelé starší 18 let. Pokud jim poskytované služby vyhovují a naplňují jejich potřeby, mohou zůstat v „Domově“ i po dosažení zletilosti. Oddělení č. IV. je určeno pro mobilní uživatele. Do „Domova“ jsou přijímáni uživatelé, kteří mají vzhledem ke svému postižení nárok na příspěvek na péči v II. až IV. stupni. Dle zákona č. 108/2006 Sb., §88, písmeno j), o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou přednostně přijímány děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají mentální postižení a kombinované vady. Kapacita zařízení je 37 uživatelů.

### **Oddělení I.**

Zde je poskytována péče uživatelům s těžkým kombinovaným postižením, kteří jsou plně odkázáni na péči druhé osoby, jsou trvale upoutáni na lůžko. Specifikem tohoto oddělení je zajištěná výživa pomocí nazogastrických sond a pegů. Uživatelům je podávána enterální klinická výživa. Hlavní náplní péče na tomto oddělení je poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče doplněné o péči rehabilitační, s uplatněním prvků bazální stimulace. Dále pak péče o citový a smyslový rozvoj uživatelů v rámci jejich schopností a možností, navazování, upevňování sociálních vazeb na rodinu, pracovníky i mezi uživateli navzájem. U uživatelů služby, kde to umožňuje jejich zdravotní stav, usilujeme o jejich mobilizaci a osvojení a upevňování základních sebe obslužných dovedností a hygienických návyků.

### **Oddělení II.**

Péče je poskytována uživatelům částečně mobilním (lezení, plazení, překulování se, sezení s oporou, chůze s dopomocí). Zde je péče zaměřena jak na rozvoj pohybových schopností, tak i na péči o citový a smyslový rozvoj uživatelů v rámci jejich schopností a možností, navazování, upevňování sociálních vazeb na rodinu, pracovníky i mezi uživateli navzájem. U uživatelů služby, kde to umožňuje jejich zdravotní stav, usilujeme o jejich mobilizaci a osvojení a upevňování základních sebe obslužných dovedností a hygienických návyků.



### **Oddělení III.**

Toto oddělení poskytuje péči uživatelům plně imobilním, u kterých je strava podávána pomocí kojeneckých lahví, nebo lžičkou. Strava je podávána formou rozmixovaných běžných potravin. Náplní péče na tomto oddělení je poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče doplněné o péči rehabilitační, s uplatněním prvků bazální stimulace. Dále pak péče o citový a smyslový rozvoj uživatelů v rámci jejich schopností a možností, navazování, upevňování sociálních vazeb na rodinu, pracovníky i mezi uživateli navzájem. U uživatelů služby, kde to umožňuje jejich zdravotní stav, usilujeme o jejich mobilizaci a osvojení a upevňování základních sebe obslužných dovedností a hygienických návyků.

### **Oddělení IV.**

Toto oddělení je určeno pro mobilní uživatele, se středním a těžkým mentálním postižením. Hlavním cílem je rozvoj soběstačnosti v základních potřebách, nácvik a udržení hygienických a sociálních návyků. Program je směřován k nácviku úkonů péče o vlastní osobu i o obývané prostředí. Snahou personálu je zajistit těmto uživatelům pestrou a bohatou náplň a to formou nabídky návštěv různých kulturních a společenských akcí, rekreačních pobytů, sportovních aktivit. Dále je to podpora individuálních zájmů jednotlivých uživatelů služby.

## **9.3 Analýza dat**

V této části výzkumného řízení se budeme věnovat vyhodnocování dat, získaných v dotazníkovém šetření. Všechny získané výsledky budou pro přehlednost interpretovány k jednotlivým cílům této práce tak, jak jsme si je stanovili.

Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku vypovídají míru závislosti na poskytované sociální službě ve všech stanovených oblastech dle § 49 zákona 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006, kterou se tento zákon provádí.

Základní analýzou hlavního cíle anonymního dotazníkového šetření je zjistit míru připravenosti klientů k možné transformaci domova a integraci klientů do běžného společenského prostředí.

V dílčích cílech svého dotazníkového šetření zjišťují, zda u klientů probíhá ze strany personálu nácvik úkonů sebe péče o svoji osobu, vedoucí k maximální míře soběstačnosti uživatele, v jaké míře jsou klienti schopni pečovat o svoji domácnost a v jaké míře jsou klienti podporováni v samostatné komunikaci při kontaktu s běžným společenským prostředím (rodina, přátelé, instituce, lékař, plánování volného času atd.).

Výstupem analýzy všech cílů je potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz, zda pro uživatele s nejvyšší mírou podpory má či nemá transformace a integrace do přirozeného prostředí (opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením) opodstatnění, zda zájem uživatelů domova pro osoby se zdravotním postižením o jeho opuštění a transformování se do běžné společnosti bude vyšší u uživatelů s nízkou mírou podpory, zda personál přímé obslužné péče, včetně vedení zařízení, dokáže vhodně komunikovat s klienty v otázce procesu transformace a zda poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí zlepšuje kvalitu života lidí s postižením.

V úvodu této části se objevují data charakterizující zkoumaný vzorek. Zaměřuji se na počet uživatelů na jednotlivých odděleních a celkem, počet uživatelů dle věku na jednotlivých odděleních a celkem, počet uživatelů dle mobility na jednotlivých odděleních a celkem, počet uživatelů dle mobility a věku.

V následující části budeme vyhodnocovat dotazník vlastního výzkumného šetření, který nám sloužil ke zjištění míry podpory a péče v úkonech poskytované sociální služby o uživatele ze strany personálu.

Míru podpory budeme hodnotit v rámci jednotlivých oddělení a stanovených okruhů poskytované péče.

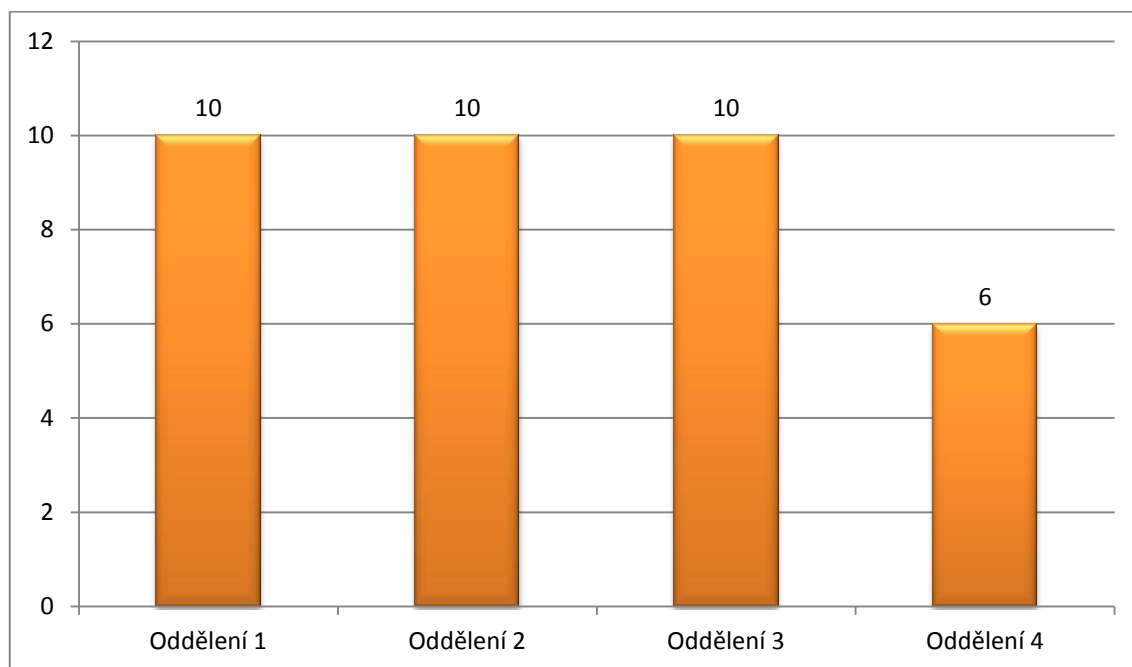
Tabulka 2: Počet uživatelů na jednotlivých odděleních a celkem

| Oddělení | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------|-------------------|-------------------|
| I.       | 10                | 27,78%            |
| II.      | 10                | 27,78%            |
| III.     | 10                | 27,78%            |
| IV.      | 6                 | 16,66%            |
| Celkem   | 36                | 100,00%           |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Celkový počet uživatelů v Domově pro osoby se zdravotním postižením Medlovice je 36 (100%). Z toho na oddělení č. I. je 10 (27,78%) uživatelů. Na oddělení č. II je 10 (27,78%) uživatelů. Na oddělení č. III. je 10 (27,78%) uživatelů. Na oddělení č. IV. je 6 (16,66%) uživatelů.

Graf 1: Počet uživatelů na jednotlivých odděleních a celkem



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

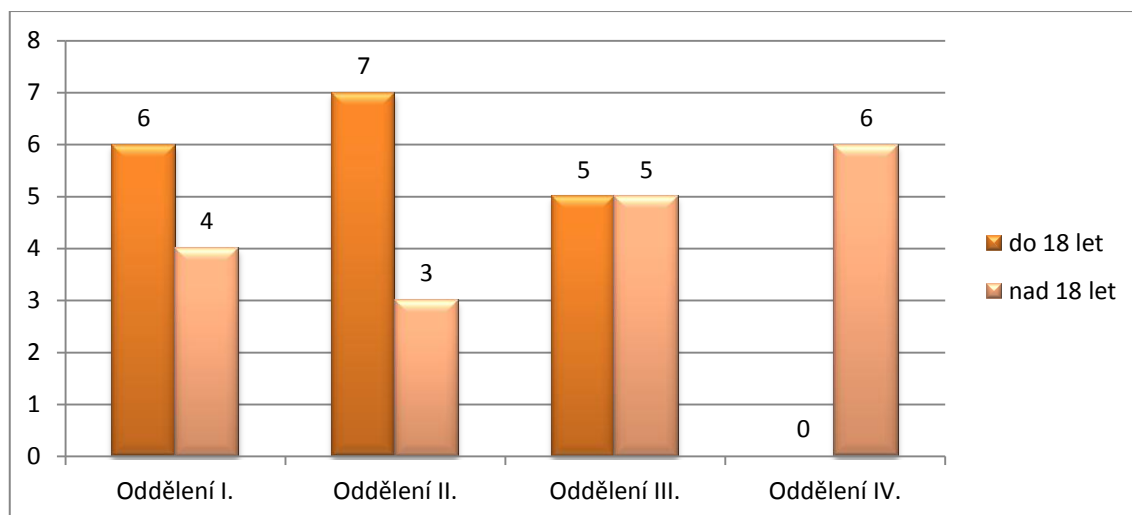
Tabulka 3: Počet uživatelů dle věku na jednotlivých odděleních a celkem

| Oddělení | Absolutní četnost |            | Relativní četnost |            |
|----------|-------------------|------------|-------------------|------------|
|          | do 18 let         | nad 18 let | do 18 let         | nad 18 let |
| I.       | 6                 | 4          | 16,67%            | 11,11%     |
| II.      | 7                 | 3          | 19,44%            | 8,33%      |
| III.     | 5                 | 5          | 13,89%            | 13,89%     |
| IV.      | 0                 | 6          | 0%                | 16,67%     |
| Celkem   | 36                |            | 100,00 %          |            |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Rozložení uživatelů na jednotlivých odděleních podle věku je následující: na oddělení č. I. je celkem 6 uživatelů ve věku do 18 let (16,67%), 4 uživatelé ve věku nad 18 let (11,11%). Na oddělení č. II. je celkem 7 uživatelů ve věku do 18 let (19,44%), 3 uživatelé ve věku nad 18 let (8,33%). Na oddělení č. III. je celkem 5 uživatelů ve věku do 18 let (13,89%), 5 uživatelé ve věku nad 18 let (13,89%). Na oddělení č. IV. je celkem 0 uživatelů ve věku do 18 let (0%), 6 uživatelé ve věku nad 18 let (16,67%).

Graf 2: Počet uživatelů dle věku na jednotlivých odděleních a celkem



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

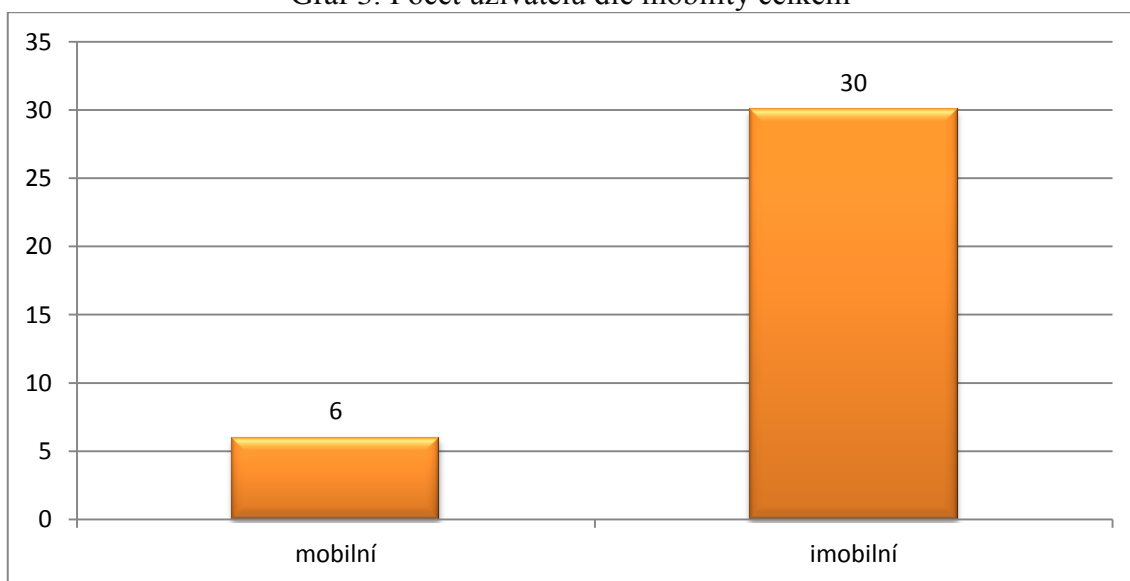
Tabulka 4: Počet uživatelů dle mobility celkem

|            | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------|-------------------|-------------------|
| Mobilních  | 6                 | 16,67%            |
| Imobilních | 30                | 83,33%            |
| Celkem     | 36                | 100,00%           |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Celkový počet uživatelů v Domově pro osoby se zdravotním postižením Medlovice dle mobility je 6 mobilních uživatelů (16,67%) a 30 imobilních uživatelů (83,33%).

Graf 3: Počet uživatelů dle mobility celkem



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

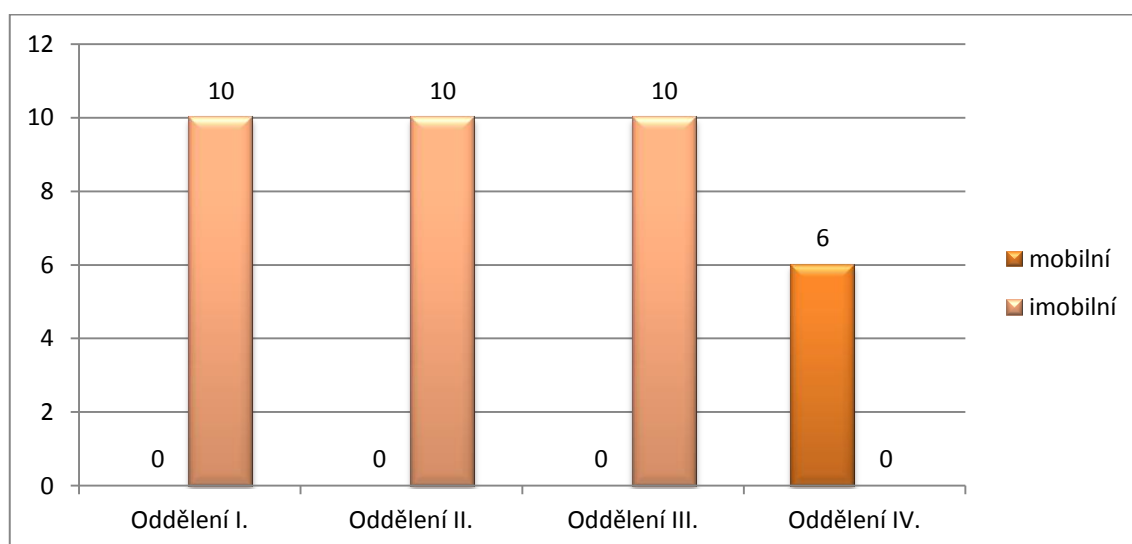
Tabulka 5: Počet uživatelů dle mobility na jednotlivých odděleních celkem

| Oddělení | Absolutní četnost |          | Relativní četnost |          |
|----------|-------------------|----------|-------------------|----------|
|          | mobilní           | imobilní | mobilní           | imobilní |
| I.       | 0                 | 10       | 0%                | 27,78%   |
| II.      | 0                 | 10       | 0%                | 27,78%   |
| III.     | 0                 | 10       | 0%                | 27,78%   |
| IV.      | 6                 | 0        | 16,66%            | 0%       |
| Celkem   | 36                |          | 100,00 %          |          |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Rozložení uživatelů na jednotlivých odděleních dle mobility je následující: na oddělení č. I. je 0 uživatelů mobilních (0%), na oddělení č. II. je 0 uživatelů mobilních (0%), na oddělení č. III. je 0 uživatelů mobilních (0%), na oddělení č. IV. je 6 uživatelů mobilních (16,67%). Na oddělení č. I. je 10 uživatelů imobilních (27,78%), na oddělení č. II. je 10 uživatelů imobilních (27,78%), na oddělení č. III. je 10 uživatelů imobilních (27,78%), na oddělení č. IV. je 0 uživatelů imobilních (0%).

Graf 4: Počet uživatelů dle mobility na jednotlivých odděleních celkem



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

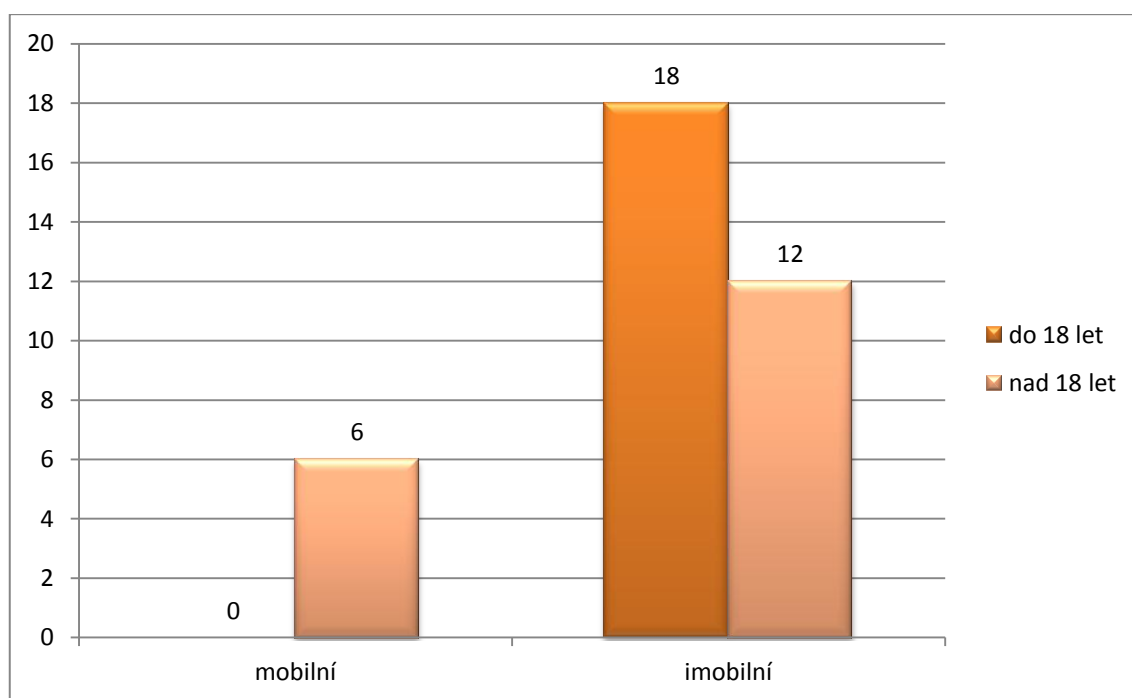
Tabulka 6: Počet uživatelů dle mobility a věku

|          | Absolutní četnost |            | Relativní četnost |            |
|----------|-------------------|------------|-------------------|------------|
|          | do 18 let         | nad 18 let | do 18 let         | nad 18 let |
| Mobilní  | 0                 | 6          | 0%                | 16,67%     |
| Imobilní | 18                | 12         | 50,00%            | 33,33%     |
| Celkem   | 36                |            | 100,00 %          |            |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Rozložení uživatelů dle mobility je: 0 uživatelů mobilních do 18 let věku (0%), 6 mobilních uživatelů nad 18 let věku (16,67%), imobilních 18 uživatelů do 18 let věku (50,00%), imobilních 12 uživatelů nad 18 let věku (33,33%).

Graf 5: Počet uživatelů dle mobility a věku



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

### Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření - I. oddělení - těžké kombinované postižení - 10 respondentů

Výstupy z celkového počtu 33 základních otázek v jednotlivých podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na oddělení I. jsou prezentovány v následující tabulce a grafu.

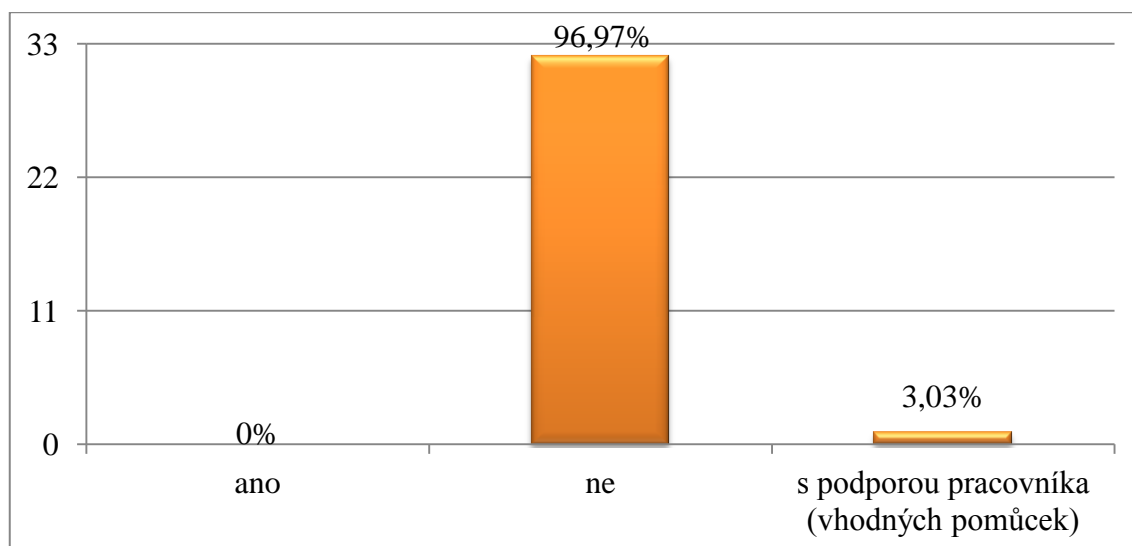
Tabulka 7: Oddělení I. – těžké kombinované postižení – 10 respondentů

|  | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Ano                                      | 0                 | 0%                |
| Ne                                       | 32                | 96,97%            |
| S podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | 1                 | 3,03%             |
| Celkem                                   | 33                | 100%              |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Na oddělení I. bylo deseti respondentům položeno 33 základních otázek, na které bylo v jednotlivých podkategoriích odpovězeno takto: **ano** 0x (0%), **ne** 32x (96,97%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 1x (3,03%).

Graf 6: Oddělení I. – těžké kombinované postižení – 10 respondentů



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)



## Vyhodnocení odpovědí dotazníkového šetření - I. oddělení těžké kombinované postižení – 10 respondentů

Výstupy z **celkového počtu** jednotlivých **odpovědí** (10x33=330) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, jsou na **oddělení I.** jsou prezentovány v následujících tabulkách a grafu.

Tabulka 8: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 1.           | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 1, z okruhu I., týkající se vyjádření pohody a nepohody, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 9: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 2.           | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 2, z okruhu II., týkající se vyjádření způsobu přijímání jídla a pití, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 10: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 3. - 6.      | 0                 | 40 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 3 - 6, z okruhu III., týkající se péče o sebe, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 40 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 11: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 7.           | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 7, z okruhu IV., týkající se pohybu uživatele, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 12: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 8. – 10.     | 0                 | 30 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 8 - 10, z okruhu V., rozpoznání nemoci, lékařské péče, užívání léků, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 30 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 13: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 11. – 12.    | 0                 | 20 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 11 - 12, z okruhu VI., komunikace, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 20 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 14: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 13. – 14.    | 0                 | 20 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 13 - 14, z okruhu VII., orientace v prostředí, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 20 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 15: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka

č. 15 – 19

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 15. – 19.    | 0                 | 50 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 15 - 19, z okruhu VIII., péče o domácnost a hospodaření s penězi, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 50 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0(0%).

Tabulka 16: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 20. – 23.    | 0                 | 40 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 20 - 23, z okruhu IX., organizace dne, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 40 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 17: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 24.          | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 24, z okruhu X., využívání veřejných služeb, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 18: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25

- 30

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 25. – 30.    | 0                 | 60 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 25 - 30, z okruhu XI., rozhodování o sobě, dodržování pravidel, vyhodnocení rizik bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 60 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 19: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 31. – 33.    | 0                 | 20 | 10                                       | 0%                | 66,67% | 33,33%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 31 - 33, z okruhu XII., mezilidských vztahů bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 20 (66, 67%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 10 (33, 33%).

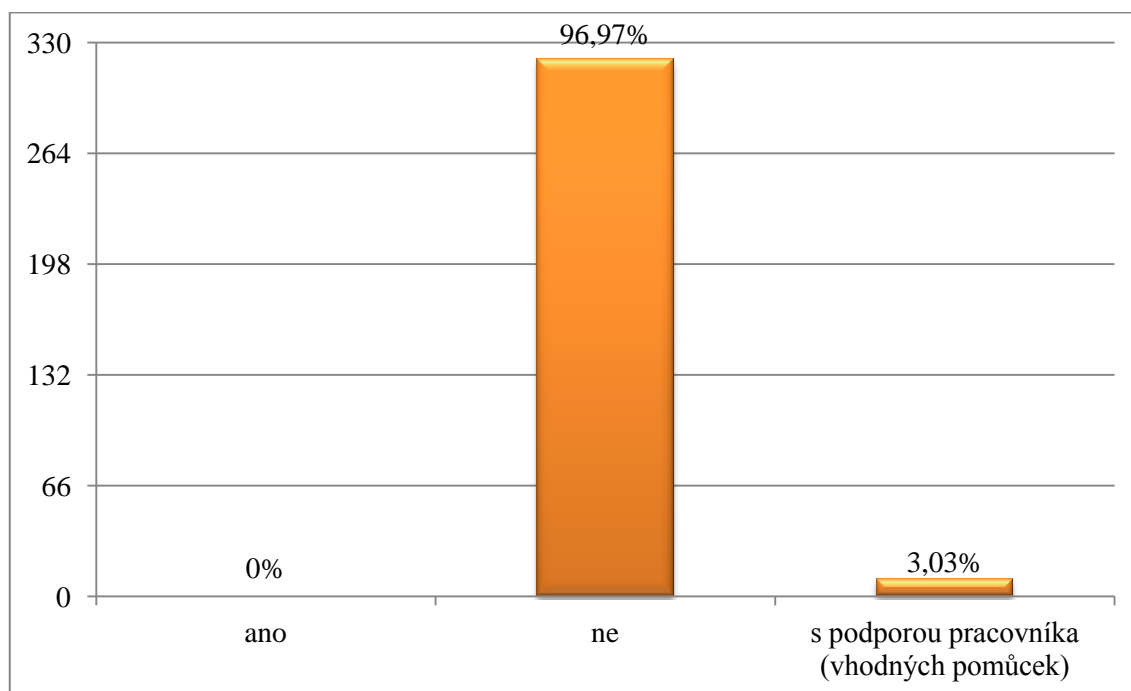
Tabulka 20: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení I.

| Oddělení | Absolutní četnost |     |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|-----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| I.       | 0                 | 320 | 10                                       | 0%                | 96,97% | 3,03%                                    |
| Celkem   | 330               |     |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Z celkového počtu** jednotlivých odpovědí (10x33=330) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, na **oddělení I.** bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 320 (96,97%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 10 (3,03%).

Graf 7: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení I.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

## Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření - II. oddělení – částečně imobilní - 10 respondentů

Výstupy z celkového počtu 33 základních otázek v jednotlivých podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na **oddělení II.** jsou prezentovány v následující tabulce a grafu.

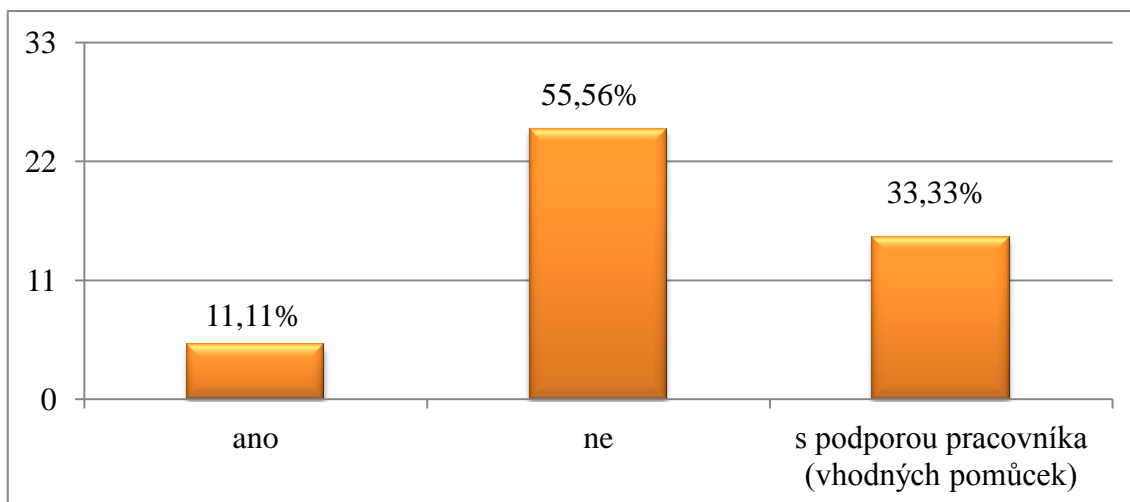
Tabulka 21: Oddělení II. – částečně imobilní – 10 respondentů

|   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Ano   | 5                 | 11,11%            |
| Ne  | 25                | 55,56%            |
| S podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) | 15                | 33,33%            |
| Celkem                                      | 45                | 100%              |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Na oddělení II. bylo deseti respondentům položeno 33 základních otázek, na které bylo v jednotlivých podkategoriích odpovězeno takto: **ano** 5x (11,11%), **ne** 25x (55,56%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 15x (33,33%).

Graf 8: Oddělení II. – částečně imobilní – 10 respondentů



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Vyhodnocení odpovědí dotazníkového šetření - II. oddělení – částečně imobilní – 10 respondentů**

Výstupy z **celkového počtu** jednotlivých **odpovědí** (10x33=330) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, jsou na **oddělení II.** jsou prezentovány v následujících tabulkách a grafu.

**Oddělení II. – částečně imobilní - 10 respondentů**

Tabulka 22: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 1.           | 4                 | 0  | 6  | 40%               | 0% | 60%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 1, z okruhu I., týkající se vyjádření pohody a nepohody, bylo počet odpovědí **ano** 4 (40%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 6 (60%).

Tabulka 23: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 2.           | 0                 | 8  | 2  | 0%                | 80% | 20%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 2, z okruhu II., týkající se vyjádření způsobu přijímání jídla a pití, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 8 (80%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 2 (20%).



Tabulka 24: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 3. - 6.      | 6                 | 25 | 9  | 15%               | 62,50% | 22,50%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 3 - 6, z okruhu III., týkající se péče o sebe, bylo počet odpovědí **ano** 6 (15%), **ne** 25 (62,50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 9 (22,50%).

Tabulka 25: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 7.           | 0                 | 0  | 10                                       | 0%                | 0% | 100%                                     |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 7, z okruhu IV., týkající se pohybu uživatele, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 10 (100%).

Tabulka 26: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 8. – 10.     | 0                 | 22 | 8  | 0%                | 73,33% | 26,67%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 8 - 10, z okruhu V., rozpoznání nemoci, lékařské péče, užívání léků, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 22 (73,33%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 8 (26,67%).

Tabulka 27: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 11. – 12.    | 0                 | 10 | 10                                       | 0%                | 50% | 50%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 11 - 12, z okruhu VI., komunikace, zněla odpověď **ano** 0 (0%), **ne** 10 (50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 10 (50%).

Tabulka 28: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 13. – 14.    | 4                 | 0  | 16                                       | 20%               | 0% | 80%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 13 - 14, z okruhu VII., orientace v prostředí, bylo počet odpovědí **ano** 4 (20%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 16 (80%).

Tabulka 29: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka

č. 15 – 19

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 15. – 19.    | 0                 | 50 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 15 - 19, z okruhu VIII., péče o domácnost a hospodaření s penězi, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 50 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 30: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 20. – 23.    | 0                 | 20 | 20                                       | 0%                | 50% | 50%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 20 - 23, z okruhu IX., organizace dne, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 20 (50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 20 (50%).

Tabulka 31: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 24.          | 0                 | 6  | 4  | 0%                | 60% | 40%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 24, z okruhu X., využívání veřejných služeb, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 6 (60%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 4 (40%).

Tabulka 32: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25

- 30

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 25. – 30.    | 4                 | 56 | 0  | 6,67%             | 93,33% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 25 - 30, z okruhu XI., rozhodování o sobě, dodržování pravidel, vyhodnocení rizik bylo počet odpovědí **ano** 4 (6,67%), **ne** 56 (93,33%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 33: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 31. – 33.    | 10                | 20 | 0  | 33,33%            | 66,67% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 31 - 33, z okruhu XII., mezilidských vztahů bylo počet odpovědí **ano** 10 (33,33%), **ne** 20 (66,67%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

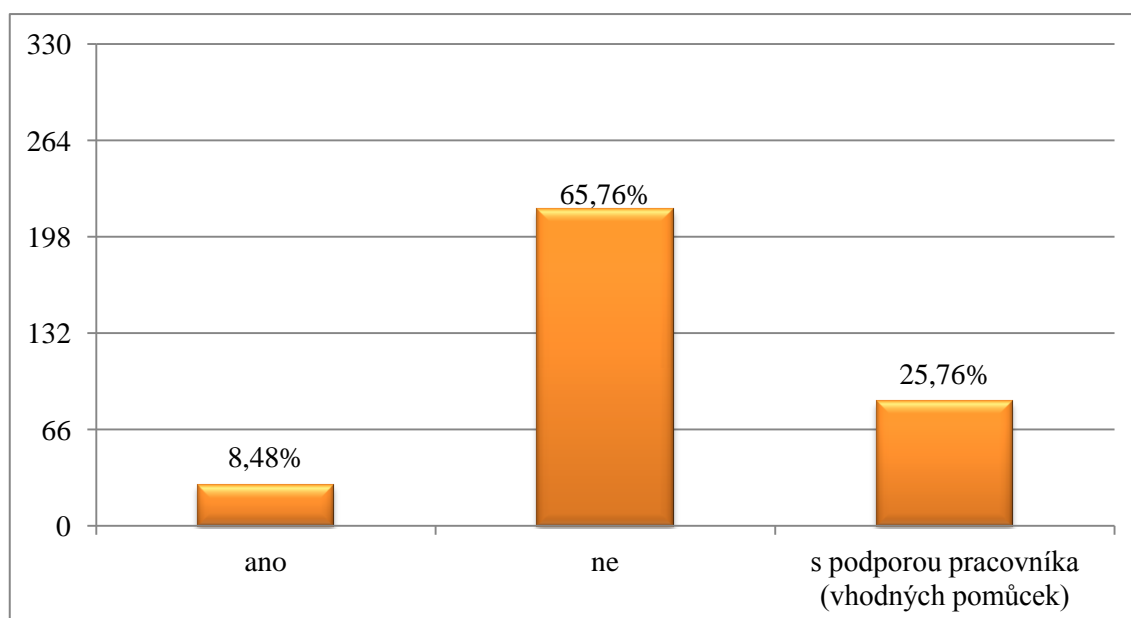
Tabulka 34: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení II.

| Oddělení | Absolutní četnost |     |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|-----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| II.      | 28                | 217 | 85                                       | 8,48%             | 65,76% | 25,76%                                   |
| Celkem   | 330               |     |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Z celkového počtu** jednotlivých odpovědí ( $10 \times 33 = 330$ ) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, na **oddělení II.** bylo počet odpovědí **ano** 28 (8,48%), **ne** 217 (65,76%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 85 (25,76%).

Graf 9: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení II.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

### Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření - III. oddělení – plně imobilní - 10 respondentů

Výstupy z celkového počtu 33 základních otázek v jednotlivých podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na oddělení III. jsou prezentovány v následující tabulce a grafu.

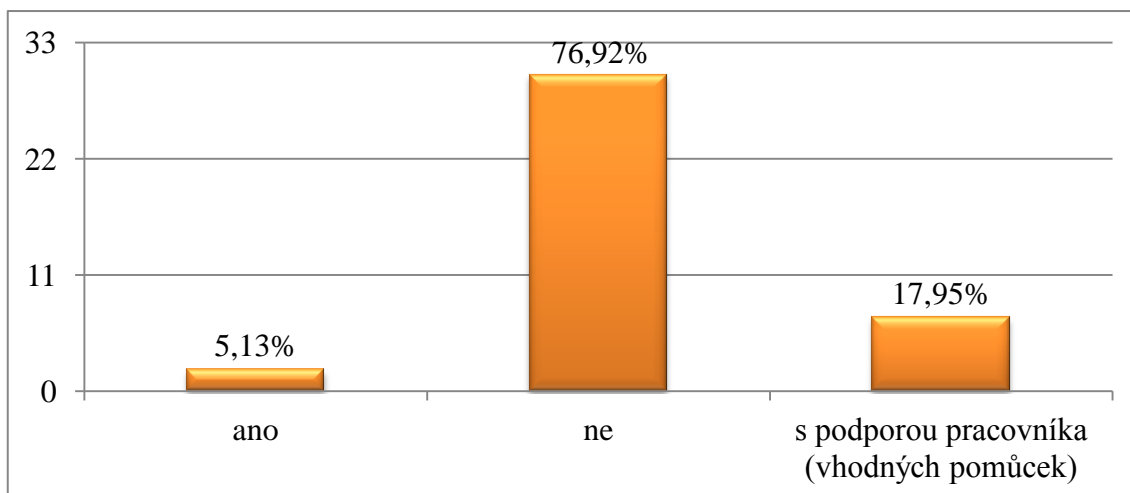
Tabulka 35: Oddělení III. – plně imobilní – 10 respondentů

|   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Ano   | 2                 | 5,13%             |
| Ne  | 30                | 76,92%            |
| S podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) | 7                 | 17,95%            |
| Celkem                                      | 39                | 100%              |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Na oddělení III. bylo deseti respondentům položeno 33 základních otázek, na které bylo v jednotlivých podkategoriích odpovězeno takto: **ano** 2x (5,13%), **ne** 30x (76,92%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 7x (17,95%).

Graf 10: Oddělení III. – plně imobilní – 10 respondentů



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

### Vyhodnocení odpovědí dotazníkového šetření - III. oddělení plně imobilní – 10 respondentů

Výstupy z **celkového počtu** jednotlivých **odpovědí** (10x33=330) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, jsou na **oddělení III.** jsou prezentovány v následujících tabulkách a grafu.

Tabulka 36: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 1.           | 0                 | 0  | 10                                       | 0%                | 0% | 100%                                     |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 1, z okruhu I., týkající se vyjádření pohody a nepohody, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 10 (100%).

Tabulka 37: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 2.           | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 2, z okruhu II., týkající se vyjádření způsobu přijímání jídla a pití, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 38: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 3. - 6.      | 0                 | 37 | 3  | 0%                | 92,50% | 7,50%                                    |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 3 - 6, z okruhu III., týkající se péče o sebe, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 37 (92,50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 3 (7,50%).

Tabulka 39: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 7.           | 0                 | 5  | 5  | 0                 | 50% | 50%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 7, z okruhu IV., týkající se pohybu uživatele, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 5 (50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 5 (50%).

Tabulka 40: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 8. – 10.     | 0                 | 30 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)



U vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 8 - 10, z okruhu V., rozpoznání nemoci, lékařské péče, užívání léků, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 30 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 41: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 11. – 12.    | 0                 | 20 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 11 - 12, z okruhu VI., komunikace, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 20 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 42: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 13. – 14.    | 0                 | 18 | 2  | 0%                | 90% | 10%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 13 - 14, z okruhu VII., orientace v prostředí, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 18 (90%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 2 (10%).

Tabulka 43: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka

č. 15 – 19

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 15. – 19.    | 0                 | 50 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 15 - 19, z okruhu VIII., péče o domácnost a hospodaření s penězi, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 50 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 44: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 20. – 23.    | 0                 | 34 | 6  | 0%                | 85% | 15%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 20 - 23, z okruhu IX., organizace dne, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 34 (85%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 6 (15%).

Tabulka 45: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |      |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne   | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 24.          | 0                 | 10 | 0  | 0%                | 100% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 24, z okruhu X., využívání veřejných služeb, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 10 (100%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 46: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 25. – 30.    | 2                 | 58 | 0  | 3,33%             | 96,67% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 25 - 30, z okruhu XI., rozhodování o sobě, dodržování pravidel, vyhodnocení rizik bylo počet odpovědí **ano** 2 (3,33%), **ne** 58 (96,67%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 47: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 31. – 33.    | 7                 | 20 | 3  | 23,33%            | 66,67% | 10%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 10 (100%), na dotazníkovou otázku č. 31 - 33, z okruhu XII., mezilidských vztahů bylo počet odpovědí **ano** 7 (23,33%), **ne** 20 (66, 67%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 3 (10%).

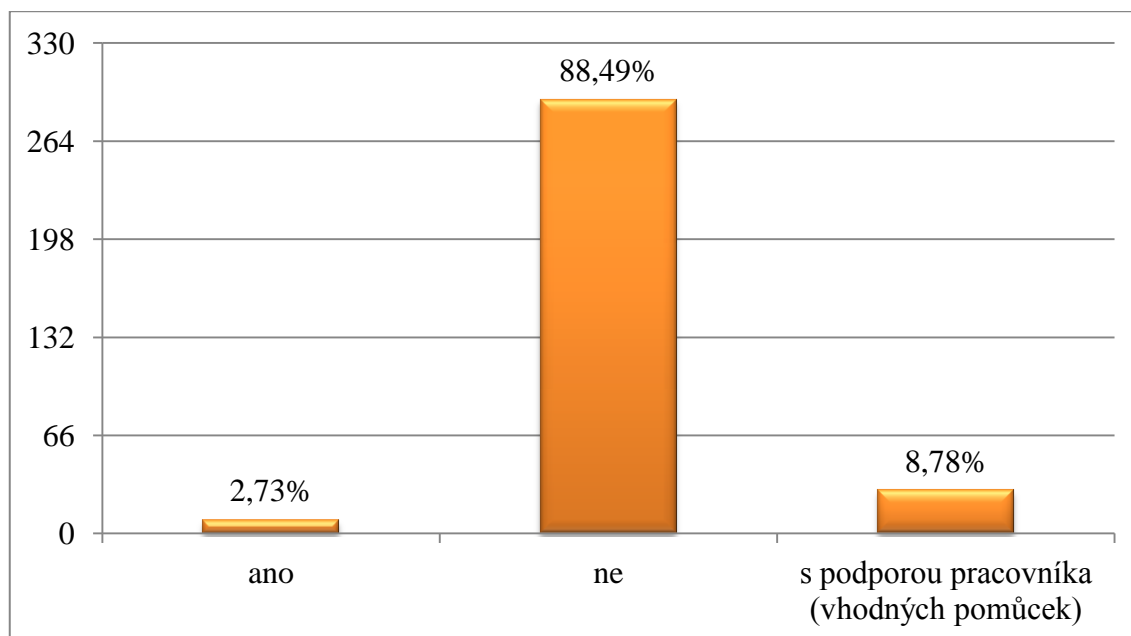
Tabulka 48: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení III.

| Oddělení | Absolutní četnost |     |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|-----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| III.     | 9                 | 292 | 29                                       | 2,73%             | 88,49% | 8,78%                                    |
| Celkem   | 330               |     |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Z celkového počtu** jednotlivých odpovědí ( $10 \times 33 = 330$ ) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, na **oddělení III.** bylo počet odpovědí **ano** 9 (2,73%), **ne** 292 (88,49%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 29 (8,78%).

Graf 11: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení III.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

### Vyhodnocení otázek dotazníkového šetření - IV. oddělení – mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů

Výstupy z celkového počtu 33 základních otázek bylo v jednotlivých podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na oddělení IV. jsou prezentovány v následující tabulce a grafu.

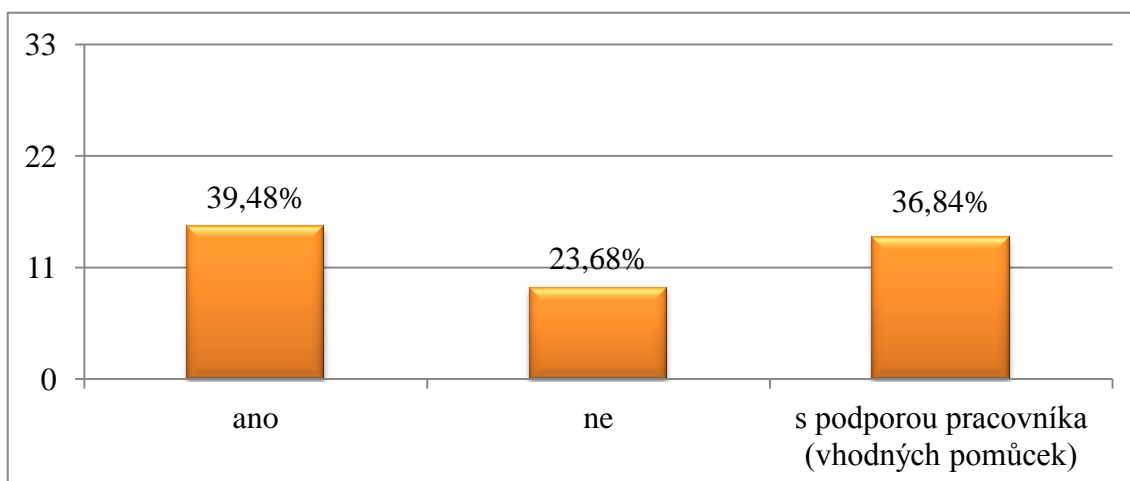
Tabulka 49: Oddělení IV. - mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů

|   | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Ano   | 15                | 39,48%            |
| Ne  | 9                 | 23,68%            |
| S podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) | 14                | 36,84%            |
| Celkem                                      | 38                | 100%              |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Na oddělení IV. bylo šesti respondentům položeno 33 základních otázek, na které bylo v jednotlivých podkategoriích odpovězeno takto: **ano** 15x (39,48%), **ne** 9x (23,68%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 14x (36,84%).

Graf 12: Oddělení IV. - mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Vyhodnocení odpovědí dotazníkového šetření – oddělení IV - mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů**

Výstupy z **celkového počtu** jednotlivých **odpovědí** (6x33=198) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, jsou na **oddělení IV**. jsou prezentovány v následujících tabulkách a grafu.

Tabulka 50: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 1.           | 6                 | 0  | 0  | 100%              | 0% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 1, z okruhu I., týkající se vyjádření pohody a nepohody, bylo počet odpovědí **ano** 6 (100%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 51: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 2.           | 4                 | 0  | 2  | 66,67%            | 0% | 33,33%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 2, z okruhu II., týkající se vyjádření způsobu přijímání jídla a pití, bylo počet odpovědí **ano** 4 (66,67%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 2 (33,33%).

Tabulka 52: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 3. - 6.      | 24                | 0  | 0  | 100%              | 0% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 3 - 6, z okruhu III., týkající se péče o sebe, bylo počet odpovědí **ano** 24 (100%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 53: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 7.           | 6                 | 0  | 0  | 100%              | 0% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 7, z okruhu IV., týkající se pohybu uživatele, bylo počet odpovědí **ano** 6(100%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 54: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 8. – 10.     | 6                 | 0  | 12                                       | 33,33%            | 0% | 66,67%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 8 - 10, z okruhu V., rozpoznání nemoci, lékařské péče, užívání léků, bylo počet odpovědí **ano** 6 (33,33%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 12 (66,67%).

Tabulka 55: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |     |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|-----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 11. – 12.    | 6                 | 6  | 0  | 50%               | 50% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 11 - 12, z okruhu VI., komunikace, bylo počet odpovědí **ano** 6 (50%), **ne** 6 (50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

Tabulka 56: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 13. – 14.    | 6                 | 0  | 6  | 50%               | 0% | 50%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 13 - 14, z okruhu VII., orientace v prostředí, bylo počet odpovědí **ano** 6 (50%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 6 (50%).



Tabulka 57: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka

č. 15 – 19

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 15. – 19.    | 6                 | 0  | 24                                       | 20%               | 0% | 80%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 15 - 19, z okruhu VIII., péče o domácnost a hospodaření s penězi, bylo počet odpovědí **ano** 6 (20%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 24 (80%).

Tabulka 58: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 20. – 23.    | 0                 | 15 | 9  | 0%                | 62,50% | 37,50%                                   |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 20 - 23, z okruhu IX., organizace dne, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 15 (62,50%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 9 (37,50%).

Tabulka 59: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |    |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|----|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 24.          | 0                 | 0  | 6  | 0%                | 0% | 100%                                     |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 24, z okruhu X., využívání veřejných služeb, bylo počet odpovědí **ano** 0 (0%), **ne** 0 (0%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 6 (100%).

Tabulka 60: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 25. – 30.    | 15                | 12 | 9  | 41,67%            | 33,33% | 25%                                      |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů 6 (100%), na dotazníkovou otázku č. 25 - 30, z okruhu XI., rozhodování o sobě, dodržování pravidel, vyhodnocení rizik bylo počet odpovědí **ano** 15 (41,67%), **ne** 12 (33,33%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 9 (25%).

Tabulka 61: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

| Otázka číslo | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|--------------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|              | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| 31. – 33.    | 6                 | 12 | 0  | 33,33%            | 66,67% | 0%                                       |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

U zkoumaného vzorku respondentů (100%), na dotazníkovou otázku č. 31 - 33, z okruhu XII., mezilidských vztahů bylo počet odpovědí **ano** 6 (33,33%), **ne** 12 (66,67%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 0 (0%).

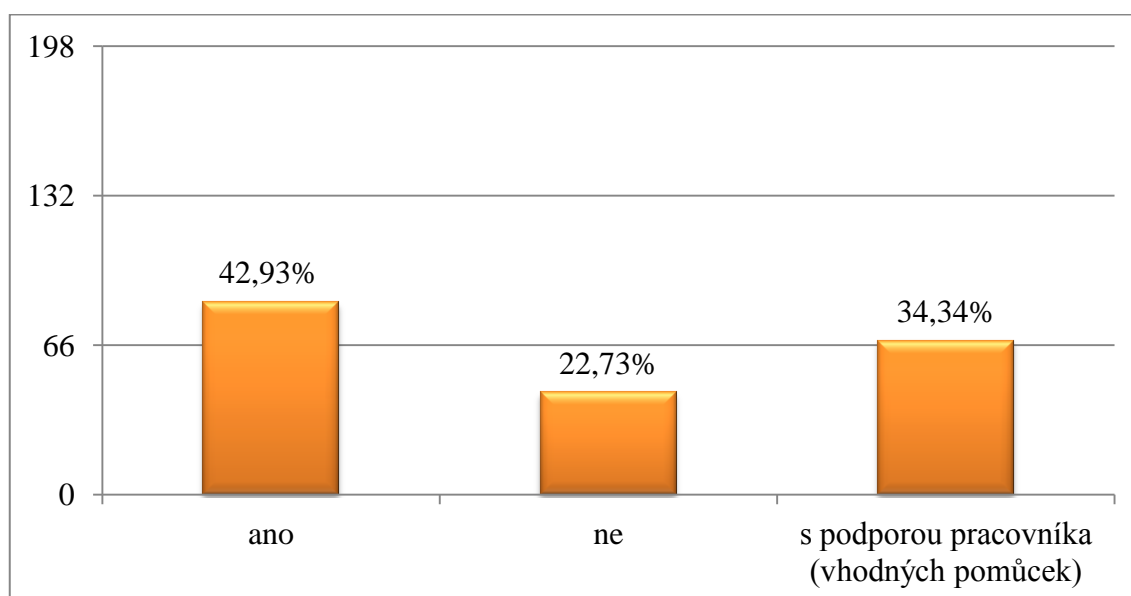
Tabulka 62: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení IV.

| Oddělení | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| IV.      | 85                | 45 | 68                                       | 42,93%            | 22,73% | 34,34%                                   |
| Celkem   | 198               |    |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Z celkového počtu** jednotlivých odpovědí (6x33=198) v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti, na **oddělení IV.** bylo počet odpovědí **ano** 85 (42,93%), **ne** 45 (22,73%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 68 (34,34%).

Graf 13: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení IV.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

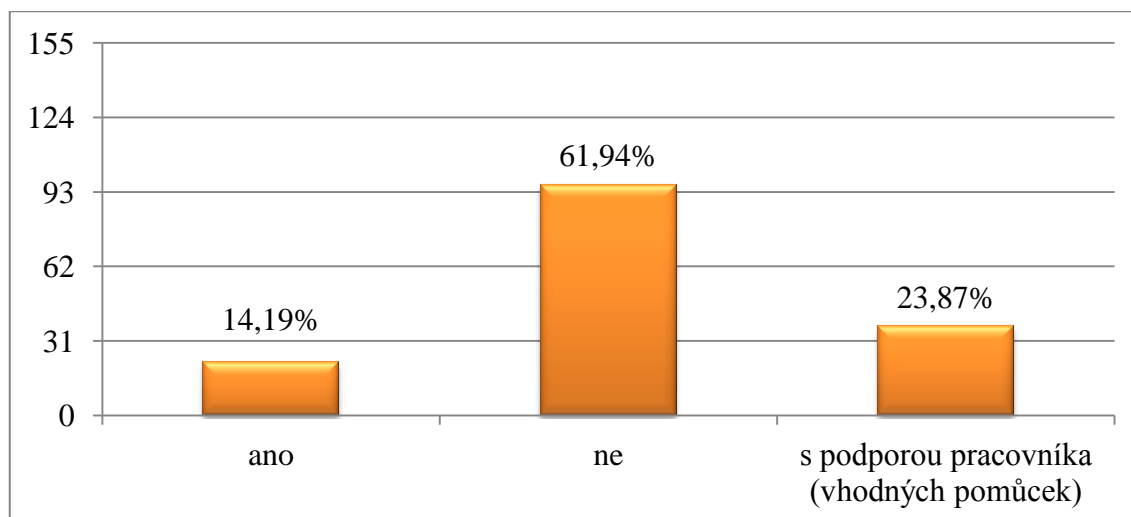
Tabulka 63: Souhrnná tabulka jednotlivých typů otázek v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na odděleních I. - IV.

| Oddělení | Absolutní četnost |    |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| I. – IV. | 22                | 96 | 37                                       | 14,19%            | 61,94% | 23,87%                                   |
| Celkem   | 155               |    |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

Z celkového počtu položených otázek 36 respondentů na odděleních I. – IV. v jednotlivých podkategoriích odpovědělo 155x takto: **ano** 22x (14,19%), **ne** 96x (61,94%), **s podporou pracovníka (vhodných pomůcek)** 37x (23,87%).

Graf 14: Souhrnný graf porovnání počtu jednotlivých typů otázek ano, ne, s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) na odděleních I. – IV.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

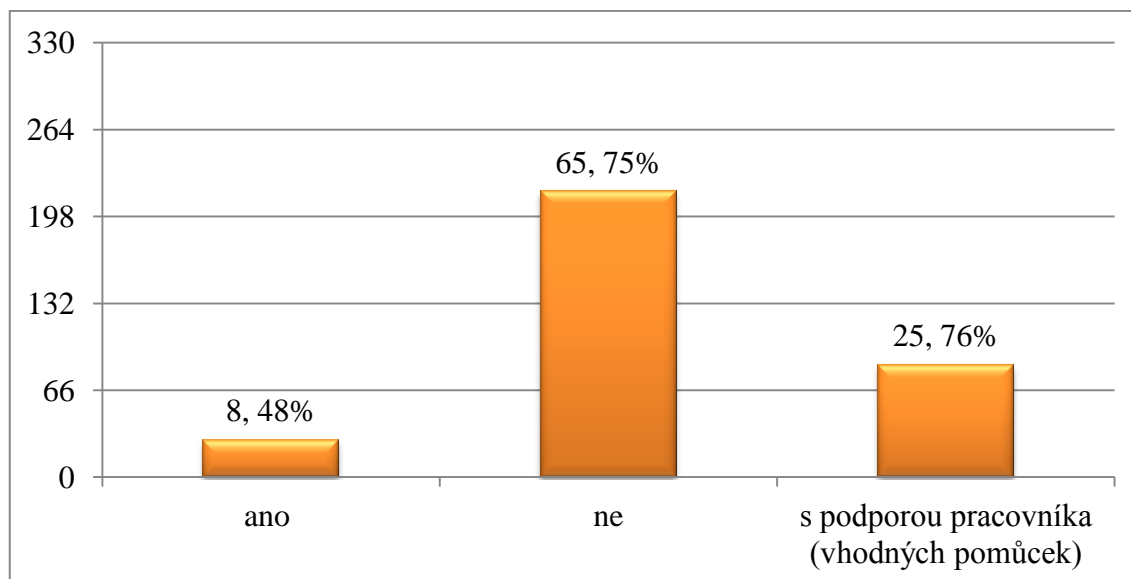
Tabulka 64: Souhrnná tabulka jednotlivých typů odpovědí v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na odděleních I. - IV.

| Oddělení | Absolutní četnost |     |  | Relativní četnost |        |  |
|----------|-------------------|-----|--|-------------------|--------|--|
|          | ano               | ne  | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) | ano               | ne     | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
| I. – IV. | 122               | 874 | 192                                      | 10,27%            | 73,57% | 16,16%                                   |
| Celkem   | 1188              |     |  | 100%              |        |  |

Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

**Z celkového počtu 1188 odpovědí u 36 respondentů na oddělení I. - IV. bylo odpovědí ano 122 (10,27%), ne 874 (73,57%), s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) 192 (16,16%).**

Graf 15: Souhrnný graf porovnání počtu jednotlivých typů odpovědí ano, ne, s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) na odděleních I. – IV.



Zdroj: Kamila Koryčánková, 2013 (vlastní šetření)

V úvodu praktické části jsme si stanovili hlavní cíl, 3 dílčí cíle a 4 hypotézy. Zjištěné výsledky a nové poznatky, které jsem zjistila během výzkumného šetření, bych v následujícím textu ráda shrnula a porovнала se stanovenými cíli a hypotézami v pořadí, jak byly stanoveny.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit míru připravenosti klientů k možné transformaci Domova pro osoby se zdravotním postižením Medlovice a k integraci klientů do běžného společenského prostředí.

První dílčí cíl vlastního dotazníkového šetření zjišťuje, zda u klientů probíhá ze strany personálu nácvik úkonů sebe péče o svoji osobu, vedoucí k maximální míře soběstačnosti uživatele, další dílčí cíl zjišťuje, v jaké míře jsou klienti schopni pečovat o svoji domácnost, poslední dílčí cíl se zaměřuje na to, v jaké míře jsou klienti podporováni v samostatné komunikaci při kontaktu s běžným společenským prostředím (rodina, přátelé, instituce, lékař, plánování volného času atd.).

**V hypotéze č. 1 předpokládám, že pro uživatele s nejvyšší mírou podpory nemá transformace a integrace do přirozeného prostředí (opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením) žádné opodstatnění.**

Když jsem formulovala tuto hypotézu, vycházela jsem převážně z názoru jak laické veřejnosti, tak i některých pracovníků přímé obslužné péče tohoto typu zařízení. Většina z nich totiž zastává názor, že pro uživatele se středně těžkým až těžkým mentálním, či kombinovaným postižením nemá stěhování do jiného typu sociální služby žádné opodstatnění. Nedokážou si totiž představit, jaké výhody by navrhovaná transformace a integrace stávající sociální služby pro uživatele znamenala. Přetrvávající způsob myšlení brání pracovníkům vidět uživatele jako svébytnou rovnocennou bytost, která má právo žít stejným způsobem jako oni. Na základě výsledků dílčích cílů, které vyplynuly z dotazníkového šetření, se potvrdilo, že většina uživatelů zkoumané sociální služby opravdu potřebuje vysokou míru podpory v oblasti sebe péče, komunikace a prosazování svých zájmů v kontaktu s běžným společenským prostředím. Myslím si, že tato zjištěná fakta odpovídají skutečnosti a opravdu by se mohlo zdát, že opuštění stávající sociální služby pro ně nemá žádný význam. Ze zkoumaného vzorku 36 uživatelů potřebuje 28 z nich nejvyšší míru podpory v podobě nepřetržité dvaceti čtyř hodinové péče ve všech zkoumaných okruzích. **Z tohoto pohledu se formulace**

**hypotézy č. 1 potvrzuje. Nicméně myšlenkou transformace pobytové sociální služby je postupné nahrazování ústavního prostředí, za prostředí zcela přirozené a běžné, a s takovou mírou sociální podpory, jakou tito postižení lidé potřebují, aby byli schopni důstojně žít i v malých, běžných domácnostech a tak se začlenit do přirozeného prostředí svých vrstevníků.**

**V hypotéze č. 2 předpokládám, že zájem o opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením a transformování se do běžné společnosti bude vyšší u uživatelů s nízkou mírou podpory.**

Když jsem formulovala tuto hypotézu, vycházela jsem z faktu, že v přípravné fázi anonymního dotazníkového šetření jsem z rozhovorů s pracovníky v přímé obslužné péči této sociální služby získala ústní informace, že většině uživatelů s nízkou mírou podpory (s vysokou soběstačností v úkonech péče o svoji osobu) nevyhovuje, či velmi málo vyhovuje stávající způsob poskytované sociální služby. Tito lidé se snaží v rámci poskytované sociální služby o maximální sebe prosazení nad způsobem péče, kterou jim pracovníci poskytují. Dochází tak k různým drobným konfliktům a nedorozuměním mezi uživateli a pracovníky a ti pak mohou vidět uživatele v negativním světle a hodnotit je jako problémové. Toto jejich chování však není účelové, ale přirozená a názorná ukázka svébytnosti a uplatňování svých základních lidských práv v praxi. Šetření v praktické části mé diplomové práce potvrzuje, že většina uživatelů z oddělení č. IV. (mobilní se středně těžkým a těžkým postižením), nevnímá své zdravotní postižení jako nepřekonatelný hendikep, ale je schopna přejít do jiného typu sociální služby s nižší mírou podpory. Prostředkem pro jejich plynulý přechod bude za pomoci a podpory personálu nácvik a rozvoj soběstačnosti a sociálních návyků uživatelů. Program je směřován k nácviku úkonů ve všech oblastech péče o vlastní osobu i obývané prostředí. Je nutné, aby tato podpora byla individuální a zaměřena samostatně na osobnost každého klienta. Spektrum podpory uživatelům musí být pestré, a v neposlední řadě by mělo zahrnovat bohatou náplň nabídky různých kulturních a společenských akcí, rekreačních pobytů, sportovních aktivit a dalších individuálních zájmů jednotlivých uživatelů služby.

**Hypotéza č. 2, která předpokládá, že větší zájem o opuštění domova pro osoby se zdravotním postižením a s následným přechodem na jiný typ sociální služby**

s nižší mírou podpory, včetně začlenění se do běžné společnosti, bude u těch uživatelů, kteří již v současné době vykazují vyšší stupeň soběstačnosti, jak v úkonech sebe péče, tak i v oblasti sebe prosazení, se potvrdila.

**V hypotéze č. 3 předpokládám, že personál přímé obslužné péče, včetně vedení zařízení dokáže vhodně komunikovat s klienty v otázce procesu transformace.**

Když jsem formulovala tuto hypotézu, vycházela jsem z poznatků a z přesvědčení, že personál přímé obslužné péče, včetně vedení zařízení, dokáže vhodně komunikovat s klienty v otázce procesu transformace, a že pracovníci při komunikaci s klienty všech stupňů zdravotního postižení mají adekvátní znalosti vhodných metod a technik komunikace při zjišťování potřeb u verbálně nekomunikujících klientů sociální služby. Správně vedená komunikace a komunikační prostředky jsou zárukou správného pochopení uživatelů připravované změny v novém způsobu poskytování sociální služby. Pouze dobře připravení vedoucí pracovníci poskytované sociální služby ještě neznamenají záruku naplnění myšlenky transformace v souladu s celostátně schválenou „Konceptí podpory transformace pobytových sociálních služeb v různé druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.“ Tuto ideu a přesvědčení musí sdílet i řadový pracovníci, obzvláště tzv. „klíčoví pracovníci“, kteří jsou v každodenním kontaktu s klienty a mohou tak ovlivňovat jejich myšlení a názory, jak v pozitivním, tak i negativním slova smyslu. Pro úspěšnost této fáze transformačního procesu je nezbytné průběžné celoživotní vzdělávání se těchto pracovníků a zvyšování si dosažené kvalifikace. Sama jsem se v průběhu dotazníkového šetření přesvědčila o důležitosti a nezbytnosti správně zvolené komunikace, komunikačních technik a metod, které jsou prostředkem správného pochopení kladených otázek ze strany uživatele. Při kladení otázek jednotlivým uživatelům se prokázalo, že nesprávně zvolená komunikační technika vedla ke zkreslování dotazníkového šetření v porovnání s konstatovanou realitou. Teprve při nalezení vhodné komunikační techniky se odpovědi klientů s touto zjištěnou realitou shodovaly. **Potvrdila se hypotéza, že vhodná komunikace s klienty ze strany personálu přímé**



**obslužné péče, včetně vedení zařízení, může znamenat úspěch či neúspěch realizace v plánovaném procesu transformace stávajících sociálních služeb.**

**V hypotéze č. 4 předpokládám, že poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí zlepšuje kvalitu života lidí s postižením.**

Při formulování této hypotézy jsem vycházela z osobního názoru a postřehů, že i lidem se zdravotním postižením se žije lépe v přirozeném sociálním prostředí a že kvalita tohoto způsobu života převyšuje kvalitu života v ústavní péči, byť poskytované na vysoké profesionální, technické a materiální úrovni. Sociální sounáležitost a kontakt s přirozeným prostředím, do kterého na prvním místě patří rodina, přátelé a známí, je ze své podstaty nenahraditelné i tím nejkvalitnějším profesionálním vztahem. Tato moje poslední hypotéza potvrzuje zjištěné výsledky z dotazníkového šetření, že kvalitní podpora a péče, upevňování stávajících návyků a rozvíjení dalších schopností a dovedností, obzvláště u klientů s nižší mírou podpory, zlepšuje jejich šance a perspektivy, co nejlépe se začlenit do přirozené komunity. **Naplnění dílčích cílů potvrzuje stanovenou hypotézu č. 4, že pouze dobře připravený klient na plánovaný přechod z ústavu (domova) do přirozeného sociálního prostředí, může pocítit zlepšení kvality svého života.**

## ZÁVĚR

Závěrem bych ráda shrnula všechno, čeho jsem během výzkumného šetření v rámci této diplomové práce dosáhla. Svoji práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. Poté, co jsem prostudovala odbornou literaturu, která se vztahuje ke zkoumané problematice, popisuji v teoretické části základní pojmy a definice, které specifikují a provázejí téma procesu transformace v DZP a integrace uživatelů do přirozeného prostředí, v souladu se změnami v poskytování sociálních služeb. Součástí teoretické části je i charakteristika osob s mentálním postižením, ústavní péče z historického hlediska v České republice a v zahraničí, platná legislativa v sociálních službách po roce 2006, historie poskytování sociálních služeb v DZP Medlovice před rokem 1989 a podoba poskytované sociální péče v DZP Medlovice po roce 2006. V závěru teoretické části je obecné vyhodnocení přínosu integrace pro uživatele sociálních služeb do přirozeného prostředí.

V praktické části práce jsem si vytýčila 1 hlavní cíl, 3 dílčí cíle a 4 hypotézy, které byly zkoumány a ověřovány pomocí dotazníkového šetření.

**Hlavním cílem** dotazníkového šetření bylo zjistit míru připravenosti klientů k možné transformaci domova a integraci klientů do běžného společenského prostředí. Plnění cíle bylo ověřováno pomocí vlastního dotazníkového šetření a došlo ke zjištění, že nedílnou součástí hlavního cíle je i plnění cílů dílčích, tedy že u klientů probíhá ze strany personálu nácvik úkonů sebe péče o svoji osobu, vedoucí k maximální míře soběstačnosti uživatele, že klienti s nízkou mírou sociální podpory a péče jsou schopni pečovat o svoji domácnost a že všichni klienti jsou podporováni v samostatné komunikaci při kontaktu s běžným společenským prostředím (rodina, přátelé, instituce, lékař, plánování volného času atd.), v míře svých stávajících schopností a dovedností.

Vysokou míru podpory v úkonech péče o svoji osobu vykazují všichni klienti z oddělení I. a III. (plně imobilní, s těžkým kombinovaným postižením), většina klientů částečně imobilních z oddělení II. vykazuje střední míru závislosti a vysokou míru závislosti na podpoře pracovníka (vhodných pomůcek) a většina klientů z oddělení IV.

(mobilní se středně těžkým a těžkým postižením) vykazují nízkou a střední míru závislosti na podpoře pracovníka (vhodných pomůcek).

Šetřením se tedy prokázalo, že pro 28 klientů s vysokou mírou podpory, je i po realizaci plánovaného procesu transformace nutné zachovat formu poskytované sociální služby v režimu současného - Domova pro osoby se zdravotním postižením, ale v podmínkách přirozeného sociálního prostředí.

Vhodná forma pro 4 klienty s nízkou a střední mírou podpory pracovníka (vhodných pomůcek) se jeví sociální služba - Chráněné bydlení, představující vybudování domácností v běžné zástavbě např. rodinný dům, bytová jednotka.

Další 4 klienti s nejnižší mírou podpory mohou využít sociální služby - Podpora samostatného bydlení. V tomto případě se jedná o terénní službu, kdy klienti budou mít pronajaté byty, ve kterých jim bude poskytována sociální služba původním poskytovatelem.

Domnívám se tedy, že dotazníkové šetření prokázalo, že hlavní cíl i cíle dílčí byly splněny.

Cílem mojí diplomové práce bylo seznámit širší veřejnost s problematikou poskytování sociálních služeb v současnosti a jejich plánovanou transformací, humanizací, deinstitutionalizací a integrací jejich uživatelů do přirozeného společenského prostředí. Nejen pečlivá teoretická, materiální a technická příprava plánovaného procesu, ale i dostatečná osvěta veřejnosti o soužití s lidmi s postižením, mohou přispět k úspěšnému uskutečnění cíle.

Závěrem můžeme říci, že neplánujeme pouze nové sociální služby, ale plánujeme to, jak chce člověk s postižením žít, bydlet a pracovat.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

- ČERNÁ, M., J. NOVOTNÝ, B. STEJSKAL a J. ZEMKOVA. 1995. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-899-7.
- FISCHER, S. a J. ŠKODA., 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- CHÁB, M., 2004. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: Quip. ISBN 80-239-4772-9.
- KVAPILÍK, J. a M. ČERNÁ., 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0019-9.
- KREJČÍŘOVÁ, O., 2002. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria. ISBN 80-238-8729-7.
- KREJČÍŘOVÁ, O., 2003. *Speciální pedagogika mentálně postižených*. 1. vyd. Olomouc: UP. ISBN 80-239-1642-4.
- KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 8073671816.
- PIPEKOVÁ, J., 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
- MATOUŠEK, O., 1995. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: AF s.r.o.. ISBN 80-85850-08-7.
- MYSLIVEČEK, Z., 1956. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: SZdN.
- RENOTIÉROVÁ, M., 2005. *Základy speciální pedagogiky I*. 1. vyd. Olomouc: UP. ISBN 80-244-1083-4.
- RENOTIÉROVÁ, M. a L. LUDVÍKOVÁ., 2003. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: UP. ISBN 80-244-0646-2.
- SLOMEK, Z., 2006. *Základy speciální pedagogiky*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské Univerzity v českých Budějovicích.
- SOVÁK, M., 1980. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: SPN.

- SOVÁK, N., 2000. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jihočany: H & H. ISBN 80-86022-76-5.
- SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I - Interna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1775-3.
- ŠVARCOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, I., 1998. *Aktuální otázky psychopedie*, 1. vyd. Liberec TU. ISBN 80-7083-272-X.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9
- VALENTA, M., 2012. *Mentální postižení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M. a O. MÜLLER., 2003. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VENCOVSKÝ, E., 1996. *Psychiatrie dávných věků*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5 .
- Zpracoval odbor analýz a statistik MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí*. 1. vyd. Praha: artEDIT, 2012-2013. ISBN 978-80-7421-065-5.

## Seznam použitých internetových zdrojů

- ABZ SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. *Respitní péče*. [online]. © 2005-2014 [cit. 2013-12-15]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/respitni-pece>
- INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. *Senioři a osoby se zdravotním postižením, kterým je zajišťována péče v pobytovém zařízení sociální péče*. [online]. © 2002-2012 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/obcane/priklad4>
- KVALITA V PRAXI. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-22]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraci.cz/res/data/001/000182.pdf>
- MPSV. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. © 2008 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss\\_final\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf)
- MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální*

*začlenění uživatele do společnosti.* [online]. © 30. 3. 2010 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)

MPSV. *Zákon o sociálních službách.* © 14. 1. 2011 [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

SOCIÁLNÍ SLUŽBY UH. *DZP Medlovice.* [online]. © 2011 [cit. 2014-01-02].

Dostupné z: <http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-medlovice/zakladni-informace>

ZÁKON PRO LIDI. *Zákon o sociálních službách.* [online]. © 2010-2014 [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

- Tabulka 1: Počet sociálních služeb v roce 2012
- Tabulka 2: Počet uživatelů na jednotlivých odděleních a celkem
- Tabulka 3: Počet uživatelů dle věku na jednotlivých odděleních a celkem
- Tabulka 4: Počet uživatelů dle mobility celkem
- Tabulka 5: Počet uživatelů dle mobility na jednotlivých odděleních celkem
- Tabulka 6: Počet uživatelů dle mobility a věku
- Tabulka 7: Oddělení I. – těžké kombinované postižení – 10 respondentů
- Tabulka 8: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1
- Tabulka 9: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2
- Tabulka 10: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6
- Tabulka 11: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7
- Tabulka 12: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10
- Tabulka 13: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12
- Tabulka 14: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14
- Tabulka 15: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka č. 15 – 19
- Tabulka 16: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23
- Tabulka 17: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24
- Tabulka 18: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30
- Tabulka 19: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33
- Tabulka 20: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení I.
- Tabulka 21: Oddělení II. – částečně imobilní – 10 respondentů
- Tabulka 22: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1
- Tabulka 23: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2
- Tabulka 24: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6
- Tabulka 25: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7
- Tabulka 26: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10
- Tabulka 27: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12
- Tabulka 28: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

Tabulka 29: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka č. 15 – 19

Tabulka 30: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

Tabulka 31: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

Tabulka 32: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30

Tabulka 33: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

Tabulka 34: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení II.

Tabulka 35: Oddělení III. – plně imobilní – 10 respondentů

Tabulka 36: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

Tabulka 37: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

Tabulka 38: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

Tabulka 39: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

Tabulka 40: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

Tabulka 41: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

Tabulka 42: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14

Tabulka 43: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka č. 15 – 19

Tabulka 44: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

Tabulka 45: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

Tabulka 46: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30

Tabulka 47: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

Tabulka 48: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení III.

Tabulka 49: Oddělení IV. - mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů

Tabulka 50: I. Okruh vyjádření pohody a nepohody. Dotazníková otázka č. 1

Tabulka 51: II. Okruh jídla a pití. Dotazníková otázka č. 2

Tabulka 52: III. Okruh péče o sebe. Dotazníková otázka č. 3 – 6

Tabulka 53: IV. Okruh pohybu. Dotazníková otázka č. 7

Tabulka 54: V. Okruh zdraví. Dotazníková otázka č. 8 – 10

Tabulka 55: VI. Okruh komunikace. Dotazníková otázka č. 11 – 12

Tabulka 56: VII. Okruh orientace v prostředí. Dotazníková otázka č. 13 – 14



Tabulka 57: VIII. Okruh péče o domácnost a hospodaření s penězi. Dotazníková otázka č. 15 – 19

Tabulka 58: IX. Okruh organizace dne. Dotazníková otázka č. 20 – 23

Tabulka 59: X. Okruh využívání veřejných služeb. Dotazníková otázka č. 24

Tabulka 60: XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika. Dotazníková otázka č. 25 - 30

Tabulka 61: XII. Okruh mezilidských vztahů. Dotazníková otázka č. 31 - 33

Tabulka 62: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení IV.

Tabulka 63: Souhrnná tabulka jednotlivých typů otázek v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na odděleních I. - IV.

Tabulka 64: Souhrnná tabulka jednotlivých typů odpovědí v podkategoriích ano - nízká míra závislosti, ne - vysoká míra závislosti a s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) - střední míra závislosti na odděleních I. - IV.

Graf 1: Počet uživatelů na jednotlivých odděleních a celkem

Graf 2: Počet uživatelů dle věku na jednotlivých odděleních a celkem

Graf 3: Počet uživatelů dle mobility celkem

Graf 4: Počet uživatelů dle mobility na jednotlivých odděleních celkem

Graf 5: Počet uživatelů dle mobility a věku

Graf 6: Oddělení I. – těžké kombinované postižení – 10 respondentů

Graf 7: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení I.

Graf 8: Oddělení II. – částečně imobilní – 10 respondentů

Graf 9: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení II.

Graf 10: Oddělení III. – plně imobilní – 10 respondentů

Graf 11: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení III.

Graf 12: Oddělení IV. - mobilní, středně těžké až těžké postižení - 6 respondentů

Graf 13: Celkový počet jednotlivých odpovědí - oddělení IV.

Graf 14: Souhrnný graf porovnání počtu jednotlivých typů otázek ano, ne, s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) na odděleních I. – IV.

Graf 15: Souhrnný graf porovnání počtu jednotlivých typů odpovědí ano, ne, s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) na odděleních I. – IV.

## SEZNAM PŘÍLOH

|  |       |
|--|-------|
| Příloha A – Žádost o umožnění zpracování diplomové práce ..... | I     |
| Příloha B – Dotazník ke stanovení míry nezbytné podpory .....  | II-VI |

# PŘÍLOHY

Příloha A – Žádost o umožnění zpracování diplomové práce

**Domov pro osoby se zdravotním postižením**

**Bc. Eva Copláková**

**Medlovice 90**

**687 41**

Dobrý den,

ráda bych Vás požádala o umožnění zpracování mé diplomové práce v rámci Vašeho zařízení.

**Téma: Proces transformace v DZP a integrace uživatelů do přirozeného prostředí v souladu se změnami v poskytování sociálních služeb.**

Cíl práce: Tato práce má přiblížit vývoj ústavní péče o mentálně postižené spoluobčany v České republice, speciálně po roce 2006 a přijetím nového zákona o sociálních službách poukázat zvláště na důležitost individuálního přístupu v péči, která je těmto lidem v DZP poskytována a která je základem a vstupní branou pro jejich transformaci a integraci do společnosti.

Součástí práce bude také jako metoda výzkumu použit dotazník.

Děkuji

V Uh. Hradišti 15. 11. 2013




**Bc. Kamila Koryčánková**

**Chelčického 816**

**68606 Uh. Hradiště**

*Souhlasím  
Eva Copláková*

 Sociální služby, Uherské Hradiště  
příspěvková organizace, IČ 092096  
Domov pro osoby se zdravotním postižením  
687 41 Medlovice, tel/fax 572 594 729

Příloha B – Dotazník ke stanovení míry nezbytné podpory

Vyhodnocení dat dotazníku bude použito v praktické části mé diplomové práce.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Kamila Koryčánková

**Dotazník stanovení míry nezbytné podpory**

**Uživatel:**

**Věk do 18 let / nad 18 let:**

### **I. Okruh vyjádření pohody a nepohody**

#### **1. Vyjádření tělesné a smyslové pohody či nepohody**

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Poznám, že mám hlad nebo žízeň, je mi zima, horko, něco mě bolí nebo potřebuji změnit polohu těla | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

### **II. Okruh jídla a pití**

#### **2. Okruh jídla a pití**

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| V oblasti jídla a pití, způsobu přijímání stravy a její přípravy jsem soběstačný | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

### **III. Okruh péče o sebe**

#### **3. Osobní hygiena**

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Umyji se sám a dokážu se rozhodnout, kdy se umyji | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### **4. Uspokojování sexuálních potřeb**

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Při uspokojování mých sexuálních potřeb potřebuji podporu | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### **5. Používání WC**

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Při vykonávání potřeby potřebuji pomoc | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

#### **6. Oblékání a obouvání**

|                          |     |    |   |
|--------------------------|-----|----|---|
| Oblékám a obouvám se sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                          |     |    |   |

#### IV. Okruh pohybu

##### 7. Oblast pohybu

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Pohybují se sám ve vnitřním i vnějším prostředí | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### V. Okruh zdraví

##### 8. Péče o zdraví

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Poznám, kdy jsem nemocný, a vím, co mám v takovém případě udělat, na koho se obrátit | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

##### 9. Zajištění lékařské péče (nevyplňují lidé mladší 18 let)

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| K lékaři chodím sám, nepotřebuji žádnou podporu | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

##### 10. Užívání léků

|                 |     |    |   |
|-----------------|-----|----|---|
| Léky užívám sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                 |     |    |   |

#### VI. Okruh komunikace

##### 11. Jak se domluví s ostatními lidmi

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| S ostatními se domluví sám, nepotřebuji žádnou podporu. | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

##### 12. Jak rozumím tomu, co se říká nebo je napsáno

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Rozumím tomu, když mluvím s ostatními lidmi, umím číst a psát | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### VII. Okruh orientace v prostředí

##### 13. Orientace v domácím prostředí

|                       |     |    |   |
|-----------------------|-----|----|---|
| Doma se orientuji sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                       |     |    |   |

#### 14. Orientace venku

|                                       |     |    |   |
|---------------------------------------|-----|----|---|
| Mimo domov – venku - se orientuji sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                                       |     |    |   |

#### VIII. Oblast péče o domácnost a hospodaření s penězi

##### 15. Hospodaření s penězi

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Se svými penězi si hospodařím zcela samostatně | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

##### 16. Nakupování

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Běžné nákupy si obstarávám sám a nepotřebuji podporu někoho dalšího | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

##### 17. Starost o domácnost (běžný úklid apod.)

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| O domácnost pečuji sám, například zvládám běžný úklid v domácnosti | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

##### 18. Péče o osobní věci

|                                 |     |    |   |
|---------------------------------|-----|----|---|
| O své osobní věci se starám sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                                 |     |    |   |

##### 19. Používání elektrospotřebičů

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Používám běžné domácí spotřebiče, jako je například vařič, varná konvice, pračka, žehlička a mikrovlnná trouba sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

#### IX. Okruh organizace dne

##### 20. Volný čas

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Plánování svého volného času, zájmů a zálib zvládám sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

##### 21. Vzdělávání, pracovní aktivity

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Při vzdělávání či pracovních aktivitách nepotřebuji podporu někoho dalšího | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

##### 22. Cestování

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Dokážu sám cestovat hromadnou dopravou | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

### 23. Vyřizování běžných záležitostí na úřadech

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Své záležitosti na úřadech si vyřizuji sám | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

### X. Okruh využívání veřejných služeb

#### 24. Využívání veřejných služeb

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Veřejné služby (kadeřník, knihovna, kino, bazén, lékař a jiné) využívám samostatně | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

### XI. Okruh rozhodování o sobě, pravidla a rizika

#### 25. Rozhodování o běžných věcech

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| O každodenních záležitostech si rozhoduji sám (například jak bude vypadat můj den, co budu dělat, vařit, kde strávím odpoledne a podobně) | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### 26. Obhájení svých práv

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Umím si obhájit svá vlastní práva, umím si prosadit, co chci, co si přeji nebo umím zabránit tomu, co nechci | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

#### 27. Pravidla a povinnosti

|   |     |    |   |
|---|-----|----|---|
| Vím, že mám určité povinnosti a že musím v mém životě dodržovat určitá pravidla | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|   |     |    |   |

#### 28. Bezpečí a rizika doma a v domácnosti (možnost vzniku požáru, nebezpečí dotýkat se drátů, kterými vede elektřina, ostré nože a podobně)

|                                   |     |    |   |
|-----------------------------------|-----|----|---|
| Zvládám běžná rizika v domácnosti | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|                                   |     |    |   |

#### 29. Bezpečí a rizika venku (jedná se třeba o opatrnost při přecházení ulice, obezřetnost vůči cizím lidem, kteří mě osloví a podobně)

|  |     |    |   |
|--|-----|----|---|
| Venku a v kontaktu s druhými lidmi se umím chovat bezpečně, rozpoznám riziko a věděl bych, jak se zachovat | ano | ne | s podporou pracovníka<br>(vhodných pomůcek) |
|  |     |    |   |

### 30. Zvládání osobní nepohody a rizikového chování

|  |     |    |  |
|--|-----|----|--|
| Poznám, když nejsem v pohodě, a umím si v těchto situacích sám poradit | ano | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
|  |     |    |  |

## XII. Okruh mezilidských vztahů

### 31. Kontakt s rodinou a přáteli

|   |     |    |  |
|---|-----|----|--|
| Abych se viděl s rodinou a přáteli, k tomu nepotřebuji podporu někoho dalšího | ano | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
|   |     |    |  |

### 32. Vztahy s dalšími lidmi

|  |     |    |  |
|--|-----|----|--|
| Nepotřebuji podporu při navazování a udržení vztahů s dalšími lidmi, umím navazovat vztahy zcela sám | ano | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
|  |     |    |  |

### 33. Pocit bezpečí a jistoty

|  |     |    |  |
|--|-----|----|--|
| Mám vytvořenu vazbu na člověka v zařízení nebo mimo zařízení | ano | ne | s podporou pracovníka (vhodných pomůcek) |
|  |     |    |  |



## **Bibliografické údaje**

Jméno autora: Kamila Koryčánková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Proces transformace v DZP a integrace uživatelů do přirozeného prostředí  
v souladu se změnami v poskytování sociálních služeb

Rok: 2014

Počet stran textu: 112

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů: 24

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: Ing. Renata Měsíčková

