

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2020

Bc. Anežka Primásková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Problematika stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení

Diplomová práce

Autor: Bc. Anežka Primásková
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Zadání diplomové práce

Autor: Anežka Primásková

Studium: U18039

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Problematika stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení**

Název diplomové práce AJ: The issue of ageing of persons with mental disabilities in the social service of sheltered housing

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Stručný obsah, popis tématu, zvolených metod: Teoretická část této diplomové práce se bude zabývat vymezením problematiky stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Hlavním cílem této práce bude zjistit jaké mají názory a zkušenosti sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a případně na základě zjištěných dat navrhnout řešení. V empirické části této diplomové práce budou využity metody kvalitativního výzkumu, technika polostrukturovaného rozhovoru.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. ŠELNER, Ivo. Fenomén člověk s postižením. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. ISBN 978-80-87623-06-0. ŠVARCOVÁ - SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4, přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978 - 80 - 7367- 889 - 0.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

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

V Kamení dne 24.6. 2020

.....
Anežka Primásková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce paní Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph. D. za odborné vedení a za poskytnutí cenných rad a připomínek při vypracování této diplomové práce.

Ráda bych také poděkovala mému příteli za trpělivost a podporu, kterou mi při psaní této práce poskytoval a také všem lidem, kteří mě při realizaci diplomové práce podporovali nebo mi byli nápomocni.

Abstrakt

PRIMÁSKOVÁ, Anežka. Problematika stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Hradec Králové, 2020. 81 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph. D.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Teoretická část vymezuje koncept sociální služby chráněné bydlení a specifikuje stárnoucí osoby s mentálním postižením. Poslední kapitola teoretické části se zabývá sociální prací se stárnoucími lidmi s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení, konkrétně rolí sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách v sociální službě chráněné bydlení a metodami sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením.

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit, jaké mají názory a zkušenosti sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a případně na základě zjištěných dat navrhnout řešení.

Pro výzkumné šetření této diplomové práce je využita kvalitativní výzkumná strategie, a to technika polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova: sociální pracovník, chráněné bydlení, stárnoucí lidé s mentálním postižením, mentální postižení

Abstract

Primásková, Anežka. The issue of ageing of persons with mental disabilities in the social service of sheltered housing. Hradec Králové, 2020. 81 p. Diploma Degree Thesis. The University of Hradec Králové Philosophical Faculty, Department of Social Work. Thesis supervisor: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

This diploma thesis deals with the issue of aging of people with mental disabilities in the social service sheltered housing. The theoretical part defines the concept of social services sheltered housing and specifies aging people with mental disabilities. The last chapter of the theoretical part deals with social work with aging people with mental disabilities in the social service sheltered housing, specifically the role of social worker and worker in social services in the social service sheltered housing and methods of social work with aging people with mental disabilities.

The main research goal of this work is to find out what are the opinions and experiences of social workers and workers in social services with the issue of aging of people with mental disabilities in the social service sheltered housing and possibly to propose solutions based on the data.

A qualitative research strategy is used for the research investigation of this diploma thesis, namely the technique of semi-structured interview.

Key words: social worker, sheltered housing, aging people with mental disabilities, mental disability

Obsah

Úvod	10
1 Chráněné bydlení	13
1.1 Formy chráněného bydlení	15
1.2 Stárnutí klientů v chráněném bydlení	16
2 Specifikace stárnoucích osob s mentálním postižením	19
2.1 Potřeby stárnoucích klientů s mentálním postižením	20
2.2 Onemocnění spojená se stárnutím lidí s mentálním postižením.....	22
2.2.1 Alzheimerova choroba	23
2.3 Přístupy v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením.....	26
3 Sociální práce se stárnoucími osobami s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení	29
3.1 Role sociálního pracovníka v sociální službě chráněné bydlení	30
3.2 Role pracovníka v sociálních službách v sociální službě chráněné bydlení	31
3.3 Metody sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení	32
3.3.1 Case management v sociální službě chráněné bydlení.....	32
3.3.2 Individuální plánování v sociální službě chráněné bydlení.....	37
4 Shrnutí teoretické části	42
5 Metodologie výzkumného šetření	44
5.1 Zvolená výzkumná strategie	44
5.2 Formulace výzkumných cílů	45
5.3 Transformace dílčích cílů.....	47
5.4 Charakteristika výzkumného souboru	50
5.5 Organizace a průběh výzkumných aktivit.....	51

5.6	Způsob analýzy získaných dat	52
5.7	Reflexe etických rizik výzkumu	53
6	Analýza a interpretace dat	54
6.1	DC1: Zjistit jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a jaké s ní mají zkušenosti.	54
6.2	DVC2: Zjistit, jakým způsobem pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.	57
6.3	DC3: Zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.	60
6.4	Diskuze a závěr výzkumného šetření	63
	Závěr	68
	Seznam použité literatury	70
	Seznam tabulek	75
	Seznam příloh	76

Úvod

Téma, kterým se tato diplomová práce bude zabývat, je stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Důvodů, proč jsem si zvolila tuto problematiku jako téma pro svou diplomovou práci, je hned několik. Jedním z nich jsou mé pracovní zkušenosti. Do května roku 2020 jsem byla zaměstnána jako pracovník v sociálních službách v sociální službě chráněné bydlení. Za dobu, co jsem zaměstnána v sociálních službách, jsem pracovala ve dvou organizacích poskytujících tuto sociální službu. Při výkonu své profese jsem se rok od roku čím dál častěji setkávala se stárnoucími klienty, případně již se seniory využívající sociální službu chráněné bydlení. Sociální služba chráněné bydlení zpočátku vyhovovala potřebám většiny klientů. Problém nastal, když klienti začínali pomalu či rychle ztrácet své dosavadní schopnosti, když začali potřebovat čím dál větší podporu. Pak nadešly otázky typu: Kam stárnoucího klienta umístíme, jak zajistíme péči klientovi s Alzheimerovou nemocí, co budeme dělat? Klient byl ve většině případů, se kterými jsem se setkala, ze zdravotních důvodů umístěn do léčebny dlouhodobě nemocných nebo do nemocnice, kde zemřel. Dalším důvodem, proč jsem si vybrala toto téma je fenomén stárnutí populace v České republice. Tím logicky roste i počet lidí s mentálním postižením v seniorském věku.

V posledních několika letech se často dozvídáme z médií o stárnutí populace v České republice. O stárnutí lidí s mentálním postižením se až tak moc nemluví ani nepíše. Občas můžeme v odborných publikacích narazit na krátkou kapitulu, ale to je vše. V květnu 2020 byla nově vydána brožura pro rodiče mentálně postižených lidí s názvem *Co teď a co potom* (2020), ve které jsou informace potřebné pro plánování budoucnosti (dospělosti i stáří) osoby s mentálním postižením.

Se stárnoucími lidmi s mentálním postižením se setkáváme ve větší míře až v posledních několika desetiletích. V dřívějších dobách se lidé s mentálním postižením vysokého věku nedoživali. Vývojem techniky a zdravotní péče se zvýšila jejich střední délka života. Touto problematikou se také začíná zabývat čím dál více odborníků např.: Černá (2015), Strnadová (2011) a další.

Hlavním cílem teoretické části práce je vymežit problematiku stárnutí osob s mentálním postižením.

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit, jaké mají názory a zkušenosti sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a případně na základě zjištěných dat navrhnout řešení.

Hlavní výzkumný cíl je rozčleněn do třech dílčích výzkumných cílů.

DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné a jaké s tím mají zkušenosti.

DC2: Zjistit, s jakými metodami a technikami pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

DC3: Zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.

Pro výzkumné šetření této diplomové práce jsem vzhledem k tématu zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, a to techniku polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkumná strategie mi umožní získat detailnější popis jevu. Technika polostrukturovaného rozhovoru mi umožní zaměřovat pořadí otázek podle situace a v případě potřeby se informantů na některé informace doptat.

V první kapitole teoretické části vymezím sociální službu chráněné bydlení, na niž se ve výzkumu zaměřuji. V této kapitole vymezím také problematiku stárnutí klientů v sociální službě chráněné bydlení. V druhé kapitole budu specifikovat cílovou skupinu stárnoucích lidí s mentálním postižením skrze popsání jejich potřeb, zdravotních komplikací. Tuto cílovou skupinu klientů popíšu v této práci, protože se na ni dotazuji ve výzkumných otázkách polostrukturovaného rozhovoru. Dále se v této kapitole budu věnovat přístupům v péči o stárnoucí lidé s mentálním postižením. V poslední kapitole teoretické části práce se budu zabývat rolí pracovníků v sociálních službách a rolí sociálních pracovníků, protože tito lidé pracující ve zmíněných profesích jsou respondenty ve výzkumu této diplomové práce. V této kapitole se budu také věnovat

metodám sociální práce, které jsou vhodné pro využití při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

Tato diplomová práce a výsledky jejího výzkumu mohou být využity organizacemi poskytujícím sociální službu chráněné bydlení jako zdroj potřebných informací v rozhodování se při řešení problematiky stárnoucích klientů s mentálním postižením.

1 Chráněné bydlení

Sociální službu chráněné bydlení řadíme mezi nejmodernější formy sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v České republice. Tato sociální služba umožňuje lidem s různým typem postižení bydlet způsobem, který se co nejvíce přibližuje podobě běžného života. (Vítková, Pipeková, 2014)

V současnosti můžeme o sociální službě chráněné bydlení slyšet v souvislosti s fenoménem stárnutí pečujících osob a stárnutí samotných klientů s mentálním postižením. V posledních několika letech se v sociálních službách setkáváme s rodiči klienta s mentálním postižením v seniorském věku, kteří otevřeně či náznakově vyjadřují obavy o budoucnost svých dětí. Zároveň se ale také i prodlužuje délka života lidí s mentálním postižením. (Cimrmanová, 2016) Lidé s mentálním postižením se často dožívají seniorského věku. (Blažková, Dočkálková, Ptáčková, Kopicčka, Smýkalová, Stejskalová, Latimier, 2020) S narůstajícím věkem přibývají lidem s mentálním postižením také zdravotní problémy. Vysoká kvalita života osob s mentálním znevýhodněním v seniorském věku souvisí s existencí chráněných bytů. Chráněné byty představují ideální kompromisní podobu samostatného života z pohledu rodičů mentálně postiženého dítěte. Optikou rodičů se může jednat o akceptovatelnou variantu samostatného života jejich potomka. (Cimrmanová, 2016)

V následujících odstavcích jsem se rozhodla popsat chráněné bydlení (chod a činnosti chráněného bydlení, typy chráněného bydlení) a problematiku stárnutí lidí s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení, protože sociální službu chráněné bydlení a problematiku stárnutí v této sociální službě zmiňuji v hlavním výzkumném cíli této diplomové práce a budu se na ni dotazovat i ve výzkumných otázkách.

Sociální služba chráněné bydlení je poskytována v bytě či domě, který se nachází v běžné bytové zástavbě. (Švarcová Slabinová, 2011) Domácnost chráněného bydlení obývá jeden či více klientů, kteří se dle svých možností zapojují do jejího chodu (účastní se nákupů, vaření, úklidu apod.) (Němcová, 2013).

S činnostmi, které klienti nezvládnou sami, jim pomáhají asistenti chráněného bydlení (pracovníci v sociálních službách). (Švarcová Slabinová, 2011) Ti vedou a motivují

klienty k maximální samostatnosti, podporují klienty v samostatném rozhodování o vlastních záležitostech a respektují jejich dospělou roli. (Kubalčíková, 2013)

Rozsah asistence na chráněném bydlení je nastaven podle potřeb klientů od 24hodinové asistence až po ohlášené jednorázové návštěvy, kdy pracovník přichází, aby klientům pomohl s vybranými činnostmi, jejichž zvládnutí je momentálně pro klienty obtížné (např.: sestavení domácího rozpočtu, nakupování, osobní hygiena, dojednání komerčních služeb atd.). (Kubalčíková, 2013)

Chráněné bydlení by mělo být pro klienty jejich trvalým domovem, nemělo by mít charakter týdenního zařízení. Kontakt klientů s jejich rodinami a přáteli se realizuje vzájemnými návštěvami. (Švarcová Slabinová, 2011)

Z výše uvedeného textu vyplývá, že hlavním rysem chráněného bydlení je podpora na cestě k samostatnosti a soběstačnosti, což se shoduje s tvrzením Němcové (2013), která uvádí, že hlavním znakem chráněného bydlení není paradoxně ochrana před nástrahami života, ale podpora na cestě k nezávislosti a samostatnosti.

Z hlediska legislativy je sociální služba chráněné bydlení v České republice zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášce tohoto zákona č. 505/2006 Sb., v platném znění.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální službu chráněné bydlení jako pobytovou službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, eventuálně individuálního bydlení.

V zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách jsou také vymezeny základní činnosti, které sociální služba chráněné bydlení obsahuje. Konkrétně se jedná o tyto činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoci při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- 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.

1.1 Formy chráněného bydlení

Rada (2006) uvádí, že sociální službu chráněné bydlení doprovází i určitý pojmový zmatek. Jednou z mnoha příčin toho pojmového zmatku může být to, že chráněné bydlení má mnoho typů a pro každý z těchto typů existuje samostatné pojmenování, např.: „chráněné bydlení komunitního typu“ apod. Z toho důvodu je užitečné mít o typech chráněného bydlení určité teoretické znalosti. Typy chráněného bydlení můžeme rozlišovat například: podle cílové skupiny, počtu klientů atd.

Základními formami chráněného bydlení, které rozlišuje publikace Bydlení nejen pro lidi se zdravotním postižením (2012) či zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění nebo Rada (2006), jsou: individuální bydlení a skupinové bydlení.

Individuální domácnost obývá zpravidla jeden nebo dva klienti (partneři, přátelé). Jedná se o standartní byt, většinou garsonku nebo 1+1. Tento byt se může nacházet samostatně v běžné bytové zástavbě nebo například v domě, v němž žije ještě několik dalších osob s postižením v individuální nebo skupinové domácnosti. Tato forma je podobná běžnému modelu bydlení, kdy domácnost obývá jeden člověk, partneři nebo celá rodina. (Šestáková, 2012)

Podle publikace Bydlení nejen pro lidi s mentálním postižením (2012) může ve společné domácnosti žít společně 3 až 5 osob. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou ovšem uvádí, že domácnost klientů může být maximálně čtyřčlenná, a to pouze v případě, pokud o to mají všichni dotyční klienti zájem. (Materiálně technický standard, 2016)

Skupinová domácnost může být umístěna ve větším bytě bytového domu, nebo v rodinném domě. Všichni členové domácnosti sdílí společné prostory např.: kuchyň s jídelnou, obývací pokoj, koupelna. Každý člen domácnosti má svůj

pokoj (pokoj sdílený dvěma uživateli by měl být odůvodněnou výjimkou, a to pouze na žádost klientů např.: partnerské soužití, příbuzenský vztah atd. (Šestáková, 2012)

Pipeková a Vítková (2014) rozlišují čtyři typy chráněného bydlení, jimiž jsou: chráněné bydlení v rámci služeb ústavu sociální péče (dnešní Domovy pro osoby se zdravotním postižením), domovy rodinného typu, chráněné byty, nezávislé bydlení se supervizí.

Chráněné bydlení v rámci služeb ústavu sociální péče (dnešní Domovy pro osoby se zdravotním postižením) se zpravidla nachází v areálu ústavního zařízení. (Pipeková, Vítková, 2014)

Domovy rodinného typu jsou umístěny v činžovních domech a využívají několik na sobě nezávislých bytů. Domov rodinného typu se skládá z několika bytových jednotek, každý byt má svého asistenta. Na každém bytě žijí maximálně 3-4 klienti. Smyslem tohoto typu bydlení není oddělovat klienty, ale přizpůsobit prostředí a pracovní plány zvláštnostem jednotlivých klientů. (Jabůrková, Průša, 1998 in Lahunová, 2000 in Pipeková, Vítková 2014)

Chráněné byty jsou umístěny v běžné bytové zástavbě většinou městského typu. Obytnou jednotkou je zde standardní byt. Od velikosti bytu se odvíjí i počet jeho obyvatel. V jedné bytové jednotce žije maximálně 5 klientů.

V nezávislém bydlení se supervizí žije klient ve vlastním bytě. Tento typ bydlení je vhodný pro klienty, kteří jsou naprosto samostatní v sebeobsluze a pomoc asistenta potřebují pouze ve složitějších situacích. (Jabůrková, Průša, 1998 in Lahunová, 2000 in Pipeková, Vítková 2014)

1.2 Stárnutí klientů v chráněném bydlení

Jednou z evropských priorit je tzv. ageing in place, kdy dochází k přesunu sociálních a zdravotních služeb pro seniory do přirozeného prostředí klienta. Ne vždy je možné to splnit, a ne vždy se to daří uskutečnit. (Cesta domů, 2013 in Cimrmanová, 2016)

V České republice většina populace stárne a umírá v rozporu se svým přáním. Tato situace se pozvolna začíná měnit. Ke změně této situace přispívá existence terénních

sociálních služeb, domácí ošetrovatelské péče, domácí hospicové péče. (Janicki, Dalton, Henderson and Davison In Botsford, 2000 in Cimrmannová 2016)

Tento přístup je možné uskutečnit i v situaci, kdy dochází ke snížení soběstačnosti stárnoucího klienta s mentálním znevýhodněním využívajícího sociální službu chráněné bydlení, podmínkou je ale spolupráce s jinými interními nebo externími službami a kombinovat některé z těchto služeb s již klientem využívanou sociální službou, např.: s centrem denních služeb, osobní asistencí, denním stacionářem, pečovatelskou službou, popřípadě s odlehčovacími službami. (Cimrmannová, 2016)

Wilkinson a Janicki (2002) již v roce 2002 upozorňují na to, že by mělo být se stárnoucími lidmi s mentálním postižením zacházeno s úctou a mělo by jim být umožněno zůstat ve své komunitě s dostatečnou, vhodnou podporou a službami. (Wilkinson a Janicki, 2002 in Hatzidimitriadou, Milnes, 2005)

Na management organizace, která se rozhodne umožnit klientům s mentálním postižením zestárnout a dožít v jejich přirozeném prostředí, bude v budoucnu kladen zvýšený tlak v souvislosti se změnami, jež bude potřeba učinit. Management dané organizace se bude muset zabývat přizpůsobením vnitřních pravidel pro stárnoucí klienty, stavebními úpravami, změnou organizačních pravidel, postojem pracovníků, vzděláním personálu v problematice péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením atd. (Šelner, 2012)

Na druhou stranu velké zátěži mohou čelit také v některých situacích pracovníci v přímé práci s klientem např.: při práci s umírajícím klientem. (Cimrmannová, 2016)

Další ze změn, které bude muset organizace učinit, je změna cílů sociální služby a přístupu ke klientům. Významným prvkem v přístupu k stárnoucími lidem s mentálním postižením je změna role a pochopení klienta. V popředí péče již nebude podpora v hledání, nalézání, učení se novému, ale snaha o udržení dosavadního stavu a zpomalení mentálního a fyzického stárnutí. (Šelner, 2012)

Mezi základní cíle zakotvené v konceptech organizací pro seniory s mentálním postižením budou zařazeny mimo jiné následující:

- podpora sociálních kontaktů

- spolupráce s jinými zařízeními a Case Management při zajišťování služeb (externích a interních)
- cílevědomá podpora schopností, jež klient má,
- podpora a udržení soběstačnosti, pokud možno co nejdéle,
- zajistit doplňující vzdělání personálu (gerontopsychiatrie, gerontologie, aktivity zaměřené na seniory aj.). (Šelner, 2012)

2 Specifikace stárnoucích osob s mentálním postižením

Podle organizace AAMR se v současné odhaduje, že na světě žije 600000 až 1,6 milionu lidí s mentálním postižením a dalšími psychickými poruchami ve věku 60 let. (AAMR, 2006 in Černá, 2015)

Narůstající počet lidí s mentálním postižením a prodlužující se délka jejich života zajímá stále více odborníků, kteří se zabývají fyzickými a sociálními aspekty procesu stárnutí. (Strnadová, 2011)

Těmi to odborníky jsou například: Šelner (2012), Pipeková (2010), Černá (2015).

Ke zvýšení střední délky života osob s mentálním postižením přispívají tyto faktory: pokroky v medicíně, v oblasti vědy, v technologii, ve vzdělávání, zlepšení veřejného zdraví atd. (WHO 2001 in Bigby 2010 in Jenkins, 2012)

Pipeková (2010) v souvislosti s prodlužováním délky života osob s mentálním postižením upozorňuje na dřívější pokles (o 5 až 10 let) fyzického a psychického potenciálu stárnoucích osob s mentálním postižením, než je tomu u běžné populace.

Strnadová (2011) a Černá (2015) a Vágnerová (2014) se shodují v tom, že rychlost poklesu fyzického a psychického potenciálu osob s mentálním postižením do značné míry ovlivňuje etiologie jejich postižení. Podle Pipekové (2010) ovlivňují rychlost tohoto procesu biologické, psychické a sociálně – kulturní faktory.

Relativně častým jevem u stárnoucích lidí s mentálním postižením je špatné fyzické zdraví. (Cooper a Holland, 2007 in Jenkins, 2012) U těchto lidí se tak běžně vyskytují některé psychiatrické poruchy. (Luty and Cooper, 2006 in Jenkins, 2012)

Této problematice se budu podrobněji věnovat v podkapitole s názvem Onemocnění spojená se stářím.

Podle Černé (2015) vede prodloužení délky života osob s mentálním postižením ke zvýšenému zájmu o poskytované služby pro tuto cílovou skupinu a ke změně poptávky po službách (zájem se přesunul na služby v oblasti celoživotního vzdělávání, chráněné bydlení a pracovní příležitosti).

V následujících podkapitolách se budu zabývat potřebami stárnoucích lidí s mentálním postižením a nemocemi, které je ve stáří mohou postihnout. Dále se také zaměřím na různé druhy pojetí péče o seniory, se kterými se můžeme dnes v některých zařízeních potkat i při práci se seniory s mentálním postižením (aktivizační teorie, deficitní přístup, teorie nepřemáhání se, gerontologická teorie kontinuity).

2.1 Potřeby stárnoucích klientů s mentálním postižením

Každý člověk má celou řadu potřeb a je jedno, zda se jedná o člověka s postižením či bez (Šelner, 2012). Těmi to potřebami se zabývá celá škála autorů, kteří je různě dělí a seřazují. Nejznámějšími autory jsou například: A. H. Maslow (Příbyl, 2015), H. A. Murray (Příbyl, 2015) atd. Potřebami stárnoucích osob s mentálním postižením se zabývají např. tyto autoři: Šelner (2012), Strnadová (2011).

Maslowova teorie potřeb nám dle Šelnera (2012) říká, že každý člověk usiluje nejen o naplnění fyziologických potřeb, ale má také další potřeby a z toho důvodu soustředíme v dnešní době naši pozornost ve spojitosti s osobami s mentálním postižením i na uspokojení dalších potřeb.

Fyziologické potřeby vnímá každý z nás, z toho důvodu se níže budu zabývat potřebami, které může vnímat starší člověk s mentálním postižením v souvislosti se změnami, k nimž může ve stáří v jeho životě docházet.

Podle Strnadové (2011) stárnoucí osoby s mentálním postižením mají některé potřeby odlišné od běžné stárnoucí populace a některé shodné, nicméně může být nutné tyto potřeby naplnit jiným způsobem od naplňování potřeb u běžné populace. Strnadová (2011) se domnívá, že potřeby stárnoucích osob s mentálním postižením ovlivňují tyto faktory: malá část lidí s mentálním postižením má nashromážděný majetek, často jim chybí partner/ka, dítě, většina stárnoucích osob s mentálním postižením vyžaduje určitý stupeň podpory v jejich každodenním životě.

Strnadová (2011) ve své eseji uvádí vymezení základních potřeb stárnoucích osob s mentálním postižením dle organizace Australian Institute of Health and Welfare

(2000 in Leveratt, Bowers, Weber, 2005 in Strnadová 2011), mezi něž se řadí tyto potřeby:

- omezená sociální síť,
- malá pravděpodobnost využívání komunitních služeb,
- větší pravděpodobnost závislosti na sociálních dávkách bez možnosti dalšího příjmu,
- malá účast na volnočasových aktivitách
- větší pravděpodobnost výskytu poruch v oblasti komunikace, což může být překážkou při vyjadřování vlastních potřeb, přání,
- větší pravděpodobnost umístění v zařízení ústavního typu.

Strnadová (2011) se domnívá, že řada výše zmíněných potřeb má původ v životních okolnostech lidí s mentálním postižením, jejichž příčinou je postoj společnosti k těmto lidem.

Dalším autorem zabývajícím se potřebami stárnoucích osob s mentálním postižením, o kterém jsem psala již výše, je Šelner (2012), jenž vychází z Maslowovy teorie potřeb a ze studie Wiegela (2003 in Šelner, 2012) oproti němu Strnadová (2011) vychází ze studie organizace Australian Institute of Health and Wealfare (2000 in Strnadová, 2011).

Šelner (2012) upozorňuje na to, že organizační řády v zařízeních jsou orientovány tak, že se člověk s postižením věnuje určitým činnostem, má program, ale už se nezabývájí tím, jak jednat s člověkem s mentálním postižením, když je starý, nemocen, nemůže, má různé neduhy. S těmito klienty by se mělo jednat, tak, aby bylo zachováno jejich právo na sebeurčení a akceptována jejich důstojnost. (Šelner, 2012)

Šelner (2012) v publikaci Fenomén člověka s postižením uvádí potřeby, jež v roce 2003 na základě výsledků zkoumání publikoval Wiegel (2003). V oblasti sociálních kontaktů se jedná o potřeby udržení kontaktů s příbuznými a přáteli, možnost docházet do dílny, na pracoviště, možnost navazování kontaktů mimo zařízení. V oblasti bydlení a práce jsou to potřeby: zachování důvěrného/dosavadního místa, struktury dne, smysluplného zaměstnání, mobility a nezávislosti. V oblasti volného času zjistil Wiegel (2003 in Šelner, 2012) následující potřeby stárnoucích klientů s mentálním postižením:

možnost déle spát, mít koníčky, čtení, podpora kreativních aktivit (malování, keramika...), možnost sportovního vyžití, návštěva kursů (vaření, psaní...), návštěva kina, divadla, politických akcí. V oblasti autonomie vyjadřují stárnoucí lidé s mentálním postižením tyto potřeby: finanční zajištění, možnost mobility, spolurozhodovat, mít pocit, že je užitečný, respektován a zachází se s ním jako s dospělým člověkem.

Z výše uvedených potřeb lze učinit několik závěrů: starý člověk by měl mít pocit, že ho má někdo rád, měl by mít právo na spolurozhodování a měl by zůstat v prostředí, k němuž má důvěru. Pakliže budou tyto závěry dodržovány, zachovány, tak pak je starý člověk s mentálním postižením motivován i k jiným aktivitám. (Šelner, 2012)

2.2 Onemocnění spojená se stárnutím lidí s mentálním postižením

V kapitole Specifikace stárnoucích osob s mentálním postižením jsem již zmínila, že senioři s mentálním postižením mívají často špatné fyzické zdraví a také je mohou sužovat některé psychiatrické poruchy.

Podle Černé (AAMR, 2006 in Černá, 2015) se u starších lidí s mentálním postižením se vyskytují onemocnění spojená se stářím stejně často jako u běžné populace ve stáří, například: diabetes, kardiovaskulární onemocnění, poruchy zraku a sluchu, osteoporóza atd.

Jenkins (WHO 2001; Evenhuis et al., 2001 in Jenkins, 2012) upozorňuje na to, že konkrétní populace lidí s mentálním postižením mají zvláštní zdravotní rizika. Pod označení „konkrétní populace osob s mentálním postižením“ zahrnuje jednotlivce se specifickým syndromem (Downův syndrom...), jednotlivce s poruchou centrálního nervového systému (dětská obrna, epilepsie...). Tito lidé mají zvýšené riziko kardiovaskulárního onemocnění, hypertenze, gastrointestinální stavů (*helicobacter pylori*, gastroezofageální refluxní choroba a zácpa), osteoporóza, špatného orálního zdravotního stavu (kaz, zánět dásní, periodontální onemocnění) a obezity. (Haveman a kol., 2010 in Jenkins, 2012)

Dalším autorem, který poukazuje na to, že u konkrétní populace lidí s mentálním postižením se objevují zvláštní zdravotní rizika, je Černá (AAMR, 2006 in Černá,

2015), která uvádí, že u jedinců s Downovým syndromem se můžeme setkat s častějším výskytem Alzheimerovy choroby než u běžné populace.

Vágnerová (Silvermana kol., 1998 in Vágnerová, 2014) v publikaci Současná psychopatologie pro pomáhající profese zmiňuje, že u lidí s Downovým syndromem se projevují známky zrychleného stárnutí již mezi 40 a 50 roky. Příčinou úpadku schopností lidí s mentálním postižením může být to, že velké procento lidí s mentálním postižením trpí předčasnou demencí nebo nedostatečná stimulace a nevhodným životním styl (např.: s dementními rodiči apod.).

2.2.1 Alzheimerova choroba

Jiráček (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, 29 s.) definuje Alzheimerovu chorobu jako: *„závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.“*

Z definice je tedy patrné, že Alzheimerova nemoc je jednou z příčin demence, proto v dalším textu objasním termín demence.

Demence je podle Jiráčka (Jiráček, 1999, 8 s.) *„skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek tzv. kognitivních (poznávacích) funkcí, především paměti a intelektu, způsobený určitým mozkovým onemocněním.“*

Demence je symptom, jenž zahrnuje různorodé příznaky, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Důsledkem je pak celková degradace duševní činnosti postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, a nakonec ztráta schopnosti samostatné existence, odkázanost na péči různých institucí (rodiny, nemocnic apod.). (Jiráček, 1999)

Demence dělíme podle příčin (ne zcela přesně) do dvou skupin:

- Demence, které mají za podklad atroficko – degenerativní proces mozku
- Demence symptomatické (sekundární), jež mají za podklad celková onemocnění, infekce, úrazy, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a jiné

poruchy postihující mozek. Symptomatické demence můžeme ještě rozdělit do dvou podskupin na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence. (Jirák, Holmerová, Borzová 2009)

Alzheimerovu nemoc řadíme do skupiny demencí, které mají za podklad atroficko – degenerativní procesy. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)

Demence se u Alzheimerovy choroby rozvíjí pomalu, nenápadně. U lidí vyššího věku bývají někdy poruchy paměti připisovány stárnutí, což není pravdivé, stárnutí není choroba. Postižení kognitivních i nekognitivních funkcí bývá podle stupně degradace funkcí rozděleno do několika stupňů (Jirák, 2013). V následujících odstavcích popíši tyto stupně podle Jiráka (2013).

Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí

Amnestický typ lehké poruchy poznávacích funkcí můžeme ve většině případů považovat za subklinickou formu Alzheimerovy nemoci. V tomto stupni Alzheimerovy choroby má porucha paměti jak subjektivní (postižení si stěžují na poruchu paměti) tak i objektivní (je měřitelná testovými metodami) charakter. Klientova soběstačnost a schopnost vykonávat běžné aktivity denního života v tomto stádiu nemoci zůstává zachována.

Lehká alzheimerovská demence

Pro lehkou Alzheimerovou demenci jsou charakteristické výraznější epizodické poruchy paměti. Dochází zde také k poruchám pracovní paměti – především konsolidace, zapamatování si nových informací. Klient se opakovaně táže na stejné informace, ztrácí osobní předměty, stále něco hledá, ukládá předměty na nepatřičná místa (např.: klíče do lednice). Klient také může zaměňovat tváře, zapomínat jména (příbuzných). Toto stádium onemocnění se může projevovat poruchami orientace v prostoru i čase, zhoršením logického myšlení a soudnosti, zhoršením schopnosti učit se novým věcem, celkovým snížením aktivit, zpomalením psychomotorického tempa. Již v lehkém stadiu Alzheimerovy demence se mohou u klienta objevit behaviorální a psychologické příznaky demence, zejména emoční poruchy (deprese, úzkost, afektivní labilita).

Střední Alzheimerova demence

Ve stádiu střední Alzheimerovy demence poruchy kognitivních funkcí nadále progredují. Zhoršuje se klientovo logické myšlení a úsudek, klientova orientace v prostoru a čase. V některých případech již není možné samostatné vycházení z domova bez rizika bloudění. Klient si není schopen zapamatovat správně nové informace. Rozsah klientovy slovní zásoby se zmenšuje, zhoršuje se komunikace s okolím. Dále dochází také k úpadku schopnosti osobní hygieny, péče o sebe samého, schopnosti vykonávat běžné denní aktivity (klienti se neadekvátně oblékají, zapomínají vypínat spotřebiče). V této fázi onemocnění se také může objevit inkontinence moči (zvláště v noci). U klienta se také mohou projevit poruchy vnímání a přechodné psychotické příznaky (nesystematické bludy...). V tomto stupni Alzheimerovy nemoci se zhoršují psychologické a behaviorální příznaky demence, zvyšuje se afektivní labilita s afekty vzteku. Lidé ve stádiu střední Alzheimerovy demence obvykle vyžadují dohled a pomoc druhé fyzické osoby, protože přestávají být soběstační.

Těžká Alzheimerova demence

V tomto stádiu Alzheimerovy choroby dochází k dalšímu úpadku kognitivních funkcí. Klienti již nepoznávají své nejbližší příbuzné, zapomínají jejich jména. Klienti jsou dezorientovaní, nejsou schopni smysluplné činnosti, bývají inkontinentní. V této fázi onemocnění nezvládají klienti osobní hygienu a péči o sebe (sami se neobléknu, mohou potřebovat pomoc s jídlem a pití...). V těžších stádiích Alzheimerovy choroby se může objevit i motorické postižení (sklon k pádům, imobilita...). U klientů se mohou prohloubit poruchy chování (agitovanost, vydávání neartikulovaných zvuků atd.), přidružené psychotické příznaky. Lidé v těžké fázi Alzheimerovy demence jsou plně odkázáni na péči druhých (rodiny, instituce).

Cimrmannová (2016) upozorňuje na to, že není reálné poskytovat sociální službu chráněné bydlení klientům s pokročilou fází Alzheimerovy choroby.

2.3 Přístupy v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením

Přístupy v péči o seniory si v uplynulých letech prošli několika vývojovými fázemi a neustále se rozvíjejí. V minulosti jsme se mohli setkat s deficitním přístupem nebo tzv. teorií nepřemáhání se. V současné době je hodně zmiňována tzv. gerontologická teorie kontinuity (Šelner, 2012) a přístup tzv. aktivního stárnutí (Kolibová, 2013).

Deficitní přístup

Východiskem tohoto přístupu je předpoklad, že člověk v souvislosti s věkem ztrácí fyzické síly, není schopen se učit novým věcem a reagovat na nové situace, tudíž se tzv. „musí dělat za něj“. Seniorovi byly automaticky přisuzovány negativní vlastnosti (agresivita, neschopnost odhadnout nebezpečí, netrpělivost atd.). Z tohoto důvodu bylo nutné klientovo chování korigovat a řídit. Snaha klienta zachovat si co nejdéle svou soběstačnost nebyla žádoucí. Problém tohoto přístupu spočívá ve špatném nastavení systému a v nerespektování klienta. (Šelner, 2012)

Tzv. teorie nepřemáhání se

Tzv. teorii nepřemáhání se popisuje Šelner (2012) následovně. Tato teorie vychází z předpokladu, že senior již svůj úkol v životě splnil a na stáří má jediné přání stáhnout se do ústraní. Stáří je přisuzována pouze biologická funkce, proces nelze zpomalit, z toho důvodu je ústup ze společenského života tzv. naprogramován (chrání jedince před zesměšněním). V současnosti již víme, že potřeba sociálních aktivit nezávisí na normativu stáří, ale na osobnosti jedince.

Podobná situace nastává i u starých lidí s mentálním postižením. I těmto lidem ve stáří musí být zajištěna participace na životě ve společnosti i přesto, že jim ubývá sil. Spoluúčast seniorů s mentálním postižením na životě společnosti by měla probíhat v tempu a intenzitě, která jim vyhovuje a již vyžadují.

Přístup tzv. aktivního stárnutí

Dvořáčková (2011) definuje pojem aktivní stárnutí jako nabídku lepší podpory starším lidem. Přístup tzv. aktivního stárnutí je založen na principech solidarity, respektu

k individualitě a jedinečnosti. Cílem tzv. aktivního stárnutí je zabezpečit vysokou kvalitu života i v pozdním věku a prohloubit mezigenerační solidaritu. Být aktivní znamená být pozitivní, otevřený novým věcem, smysluplně využívat svůj volný čas, dbát o své zdraví udržovat si bystrou mysl.

Aktivní stárnutí odkazuje k takovému přístupu k jednotlivcům i skupinám, jenž umožňuje naplňování potenciálu jejich fyzického, psychického i sociálního blahobytu v průběhu života a integrování do společnosti dle jejich potřeb, přání a možností a který zároveň umožňuje poskytování ochrany, bezpečí a péče. Slovo „aktivní“ označuje v tomto kontextu nejen schopnost být fyzicky aktivní či být součástí pracovní síly, ale i přetrvávající účast na společenském, ekonomickém, kulturním, duchovním i občanském dění. (WHO 2002 in Evropská rozvojová agentura s.r.o., 2012)

Z předchozího textu vyplývá, že pojem aktivní stárnutí označuje schopnost zachovat si ve vyšším věku dobré fyzické a duševní zdraví, být soběstačný v záležitostech každodenního života, smysluplně využívat svůj volný čas, mít postavení plnohodnotného člena společnosti.

Výše uvedené definice se shodují v tom, že obě spojuje sousloví „aktivní stárnutí se zajištěním kvalitního života ve vyšším věku“.

Pro kvalitní život ve stáří je podstatné vytvořit si program pro volný čas. Aktivitami se předchází nesoběstačnosti. Pro prožití kvalitního stáří má důležitý význam setkávání vrstevníků a prohlubování mezigeneračních vazeb. Znamená to udržovat se v aktivitě v rovnováze s odpočinkem a uspořádat si životní náplň, tak aby zahrnovala fyzickou a duševní činnost. Snaha o aktivizaci seniorů by však měla plně respektovat individuální možnosti a přání každého jedince. (Dvořáčková, 2011)

V současnosti organizace poskytující sociální služby nabízejí klientům celou řadu různých aktivačních terapií, kterých se klienti mohou účastnit. Jedná se například o ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii, zooterapii atd. (Haškovcová, 2010)

Tzv. gerontologické teorie kontinuity

Gerontologická teorie kontinuity vychází z předpokladu, že většina starých lidí si přeje ve stáří žít stejným životem a v rytmu jako tomu bylo dříve. Podle této teorie záleží na

rozhodnutí klienta, zda bude dávat přednost pasivnímu, nebo aktivnímu životnímu stylu ve stáří. Pasivního klienta ale můžeme také motivovat k sociálním aktivitám. (Šelner, 2012)

Zachování podobných struktur je nejjistější cestou, jak lze život ve stáří zvládat. Tato teorie se týká i starých lidí s mentálním postižením. Za vnější faktory napomáhající adaptování se novým životním podmínkám stárnoucích osob považujeme naučené taktiky, jak procházet životem, známé osoby a místa, mezilidské vztahy. Mezi vnitřní faktory řadíme záliby, koníčky, schopnosti, osobní vlastnosti atd. (Šelner, 2012)

V teorii kontinuity je dáván velký důraz na individualitu a akceptování kompetence člověka, rovněž i důvěru, že ve stáří využije své kompetence co nejlépe. Je známo, že zachování si kompetencí je tím nejlepším prostředkem a motivací, jak si příjemně ztvárnit stáří. (Šelner, 2012)

V tomto modelu v podstatě dochází ke dvěma nezávislým procesům:

- k vyřazení toho, co negativně ovlivňuje počínání klienta, ukazuje na jeho nedostatky,
- optimalizace, tj. podpora těch pozitivních schopností, jež klient má.

Tímto dochází k určité kompenzaci, jež umožňuje seniorovi zachovat si subjektivní pozitivní postoj, používat ty schopnosti, které má k dispozici – tj. fyzické síly a mentální rezervy a také odbourávání negativní stigmatizace starých lidí. (Šelner, 2012)

3 Sociální práce se stárnoucími osobami s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení

Matoušek, Hrušková, Landischová (2010) uvádějí, že v České republice v současné době neexistuje obecný konsenzus, kam směřovat sociální práci s lidmi s mentálním postižením. Organizace poskytující v ČR sociální služby pro lidi s mentálním postižením se v tomto ohledu liší. Přesto se stále silněji prosazuje hledisko, jež hodnotí kvalitu života jedince s mentálním postižením porovnáním způsobu jeho života se situací vrstevníka bez postižení žijícího v běžné společnosti.

Současným ideálem sociální práce s lidmi s mentálním postižením je směřování k tomu, aby tito lidé mohli využívat běžné zdroje, které poskytují služby veřejnosti. To znamená, aby lidé s mentálním postižením žili v místním společenství způsobem, jenž se co možná nejvíce podobá životu lidí bez postižení. S tím souvisí idea, co možná největší samostatnosti jedinců s mentálním postižením. (Matoušek, Hrušková, Landischová, 2010)

V podkapitole Stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení jsem parafrázovala Šelnera (2012), jenž poznamenává, že pokud chce organizace poskytující sociální službu chráněné bydlení umožnit lidem mentálním postižením v této sociální službě zestárnout, bude muset učinit jisté změny např. v cílech, vnitřních pravidlech, přístupu.

Personál sociální služby chráněné bydlení tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. V následujících podkapitolách popíšu role pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků, protože budou respondenty v kvalitativním výzkumu této diplomové práce. Dále se budu zabývat metodami sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením, na něž se budu dotazovat v polostrukturovaném rozhovoru, který s respondenty povedu.

3.1 Role sociálního pracovníka v sociální službě chráněné bydlení

Sociální pracovník se ve své profesi pohybuje v rámci práv a povinností vymezených právním systémem, zaměstnavatelem, profesními standardy. Tento institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník intervenuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasáhnout bylo legitimní. (Matoušek, 2008)

Sociální pracovník by měl být především profesionálem, který je schopný sebereflektovat své jednání z této pozice by měl posuzovat ostatní povinnosti. Sociální pracovník by měl vždy dokázat své jednání obhájit před veřejností. (Matoušek, 2008)

Banksová (Banksová in Matoušek, 2008) vymezila čtyři role sociálního pracovníka z hlediska přístupu k praxi.

Angažovaný sociální pracovník

Angažovaný sociální pracovník chápe svou činnost jako způsob, jímž uplatňuje osobní a morální hodnoty. Tento typ pracovníka vnímá klienty empaticky a s respektem. Sám sebe chápe zejména jako osobu a až posléze jako sociálního pracovníka. Angažovaný sociální pracovník je vystaven riziku, že by mohl být obviněn ze stranění některým klientům, syndromem vyhoření a vytvořením osobního vztahu mezi ním a klientem, jenž by mohl být zneužit klientem anebo sociálním pracovníkem.

Radikální sociální pracovník

Radikální sociální pracovník vkládá do své praxe osobní hodnoty. Tomuto typu pracovníka jde primárně o změnu těch zákonů (oblasti politiky a sociální práce), jež pokládá za nespravedlivé, nikoliv o poskytnutí bezpodmínečné péče klientovi.

Byrokratický sociální pracovník

Byrokratický sociální pracovník separuje osobní hodnoty, osobní hodnoty a hodnoty zaměstnavatele. Cílem sociální práce byrokratického sociálního pracovníka je manipulace s lidmi v zájmu jejich změny.

Profesionální pracovník

Profesní sociální pracovník je autonomním profesionálem, jenž je vzdělaný v oboru, řídí se etickým kodexem a jeho identitu utváří zejména členství v profesi. Prioritou jsou pro tohoto sociálního pracovníka zájmy a práva klientů. Významný je individuální vztah s klientem, jehož sociální pracovník vnímá jako aktivního spolupracovníka

3.2 Role pracovníka v sociálních službách v sociální službě chráněné bydlení

V sociální službě chráněné bydlení používají pracovníci v sociálních službách při práci s lidmi s mentálním postižením metodu asistence. Pracovníci dopomáhají klientům s činnostmi, které lidé bez postižení vykonávají sami. Pracovník pomáhá či nahrazuje schopnosti a dovednosti, které klientovi chybějí. Pracovníci dopomáhají klientovi v nejrůznějších oblastech např.: bydlení (placení nájmu), zaměstnání, hospodaření s penězi, nakupování atd. (Matoušek, Hrušková, Landischová, 2010)

Důležitým rysem výše zmíněné metody je její zaměření na jednotlivce. Metoda asistence reaguje na potřeby klientů a může se přizpůsobovat změnám v klientových potřebách. Jestliže to rozvoj klienta dovolí, tak postupně dochází ke snížení míry podpory. Například na chráněném bydlení klient zpočátku vyžaduje, aby mu pracovník sepsal každý den, co musí večer udělat. Po uplynutí určité doby již stačí klientovi pouze připomenout, že seznam večerních činností má. (Matoušek, Hrušková, Landischová, 2010)

V případě stárnoucích klientů s mentálním postižením by měli pracovníci v sociálních službách vést v patrnosti, že může docházet v souvislosti se stářím ke snížení soběstačnosti klientů a ke zpomalení jejich reakcí. Klientovi může například trvat déle, než se umyje. U klienta se může objevit potřeba odpoledního spánku. (Šelner, 2012)

Šelner (2012) upozorňuje na to, že se v praxi můžeme setkat s tím, že pracovníci často na tuto skutečnost reagují až neúměrně vysokými nároky na klienta. Všichni pracovníci by měli mít na paměti, že z pohledu stárnoucího klienta s mentálním postižením se

nejedná o kvalitu výsledku, ale o kvalitu procesu, a proto by měli snížit své nároky vůči stárnoucím lidem s mentálním postižením.

Pro stárnoucího klienta s mentálním postižením, který ztrácí schopnosti a dovednosti, jež měl doposud, nabývá na významu lidská vazba, vztah k pracovníkovi. Navázání vztahu s pracovníkem podporuje klientovu sebedůvěru a motivuje ho. V této situaci se mohou někdy pracovníci ocitnout v konfliktní ambivalentní pozici. U personálu se mohou objevit skryté vnitřní negativní pocity, jež mohou sklouznout až do agrese vůči klientům. Nebezpečí této situace se může zvýšit v případě nedostatečného vzdělání pracovníků, personálního podstavu. (Šelner, 2012).

3.3 Metody sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení

V odborné literatuře zabývající se problematikou lidí s mentálním postižením jsem nenalezla kapitolu, jež by se přímo věnovala metodám a nástrojům sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením. V některých publikacích jsem našla pouze zmínku o vhodnosti použití dané metody při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením. Z toho důvodu budou metody sociální práce se stárnoucími lidmi s mentálním postižením předmětem jedné z otázek polostrukturovaného rozhovoru. V následujícím textu vymezím metodu case managementu a individuální plánování jako nástroj sociální práce.

3.3.1 Case management v sociální službě chráněné bydlení

V podkapitole Stárnutí klientů v sociální službě chráněné bydlení jsem uvedla, že Šelner (2012) řadí mezi základní cíle organizace zajišťující služby pro stárnoucí lidi s mentálním postižením spolupráci s jinými zařízeními a metodu case managementu.

Dalším důvodem, proč jsem se rozhodla zmínit metodu case managementu v souvislosti s problematikou stárnoucích osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení je, že Holmerová (2018) tuto metodu doporučuje využívat v péči o lidi

s demencí. Výše v této kvalifikační práci jsem již zmínila, že lidé s Downovým syndromem mají větší pravděpodobnost onemocnění Alzheimerovou chorobou než lidé v běžné populaci (Černá 2015).

Souslovím case management se podle Szotákové (Matoušek a kol., 2003 in Stozáková, 2013) v současné době označuje velké množství významů, že je zcela nemožné nabídnout vymezení, jež by vyhovovalo všem, stejně tak jako nalézt uspokojivý český ekvivalent.

Sousloví case management je do českého jazyka překládáno různě, v současnosti se používají synonyma „koordinace péče“ (pro daného jedince), „případové vedení“, „vedení případu“, „řízení případu“ atd. (Holmerová, 2018)

Pojem case management můžeme chápat jako koordinovaný proces, v němž se plánují, implementují, koordinují, monitorují a vyhodnocují jednotlivé formy podpory, aby co nejlépe korespondovaly s potřebami daného člověka – s ohledem na zajištění zdravotní a sociální péče a dalších zdrojů, aby výstupy pro jeho život byly co nejkvalitnější, aby co nejefektivněji využívaly dané zdroje. (Holmerová, 2018)

Proudy case managementu

Ve světě existují dva proudy case managementu. Case management odvozený z amerického modelu, pro který je typické provázení klienta skrz síť služeb. Druhý proud vychází z britského modelu a je pro něj příznačný důraz na ekonomickou úsporu nákupem balíku služeb. (Szotáková, 2013)

Pro účely této diplomové práci budu vycházet z prvního proudu, tedy z case managementu odvozeného z amerického modelu.

Hlavními principy case managementu, jež chápeme jako koordinovanou spolupráci v rámci případu, jsou: kooperující vztah mezi klientem, pracovníkem a dalšími osobami zapojenými do případu, koordinované a společné řešení klientových problémů, navigace sítě služeb a dalšími zdroji podpory, společná setkávání s klientem a jeho podpůrnou sítí. (Szotáková, 2013)

Modely case managementu

V následujících odstavcích stručně popíšu modely case managementu podle Challise, (Challis, nedatováno in Hubíková, 2018), jež rozlišuje modely podle stylu a organizace case managementu.

1) Model, kdy se úkolů spojených s výkonem case managementu ujímá jeden nebo více pracovníků.

Case management může spočívat na jednom klíčovém pracovníkovi, jež působí jako case manažer a realizuje všechny základní úkoly case managementu nebo může spočívat v tom, že různé základní úkoly case managementu vykonávají různí pracovníci, např. jeden pracovník může provést komplexní úkoly posouzení a plánování péče, zatímco méně kvalifikovaní pracovníci mohou provádět koordinaci a monitorování. Tento model se často jeví jako vhodný pro organizace a agentury, jež mají potíže se získáním dostatečně kvalifikovaných pracovníků. Na druhé straně ztráta kontinuity kontaktu s klientem v rámci takového modelu znamená velkou pravděpodobnost ztráty zpětné vazby, jednotliví pracovníci nemají mnoho možností se v průběhu času poučit o efektivitě péče, jež byla klientovi poskytnuta.

2) Model zapojení jedné nebo více agentur při provádění case managementu

Každý z těchto modelů má své výhody a nevýhody, jež se týkají zejména přístupu k informacím a složitosti organizace case managementu. V modelu jedné agentury se vyskytuje méně organizačních obtíží. Sociální odbor má přístup pouze ke zdrojům ze sociální oblasti, nikoli např. zdravotní oblasti, přičemž efektivní dlouhodobá péče může požadovat propojení různých zdrojů. Výhodou zapojení více agentur je snadnější propojování informací. Tento model ovšem vyžaduje vyšší manažerské úsilí k tomu, aby se takový systém case managementu povedlo vytvořit a udržet.

3) Model, kdy jsou case manageri součástí agentury jako zaměstnanci či kdy je case manager na dané agentuře nezávislý.

V případě, kdy je case manager součástí dané agentury má výhodu v tom, že má za zády určitou míru organizační autority danou příslušností k danému odboru, bezprostřední přístup ke zdrojům.

Výhodou nezávislého case managera je právě jeho nezávislost. Case manager může hájit zájmy klienta nezávisleji, není vystavován konfliktu mezi zájmy klienta a agentury a případnému napětí mezi zodpovědností vůči agentuře, organizaci a vůči klientovi.

4) Model administrativní a model uceleného case managementu

Administrativní forma case managementu je jeho limitovanou formou, v níž je jako ústřední úkol vnímáno uspořádání a koordinace. Ostatní úkoly case managementu jsou poskytovány nebo zprostředkovány někým jiným než case managerem. Jedná se především o tyto úkoly: poradenství, řešení psychického stresu a napětí vznikající v souvislosti s péčí, poskytování podpory rodinám atd. Velkým rizikem administrativního modelu case managementu je, že často příliš snadno zapadne do již existujících vzorců pomoci (tzn. menší šance, že bude pomoc „originálně“ uzpůsobená na míru daného klienta). Dále je také velmi pravděpodobné, že dojde k nežádoucímu oddělení reakce na praktické a psychologické potřeby jednotlivce.

Ucelený model case managementu se zabývá všemi výše zmíněnými úkoly, včetně reagování na psychologické a další potřeby klienta.

V následujícím textu popíšu modely case managementu podle Payna (2000 in Hubíková, 2018), který za kritérium odlišení jednotlivých modelů zvolil „*výsledek přizpůsobení se různým politickým imperativům a zájmům různých zainteresovaných subjektů.*“ Payna (2000 in Hubíková, 2018, 33 s.)

1) Podnikatelský přístup v oblasti sociální péče (social care entrepreneurship)

Jedná se o formu case managementu, kdy case manager vytváří a koordinuje „balíček služeb“ ze škály dostupných služeb dle potřeb klienta. I když služby pocházejí od rozdílných poskytovatelů, celek musí na klienta působit „jednotlivě“, jako by to byla jedna služba. Case manager plánuje a zavádí „balíček služeb“ po poradě s klientem. Účelem tohoto typu case managementu je omezení výdajů a politicky motivované zavedení „kvazitrhu“, ovšem výsledkem se často stává byrokratizace činností a úkolů sociální práce.

2) Zprostředkovatelský model (brokerage services)

V tomto modelu case manažer radí a pomáhá klientům služeb při vytváření „balíčku služeb“. Case manager působí jako prostředník mezi klientem a službou. Ve zprostředkovatelském modelu má klient větší zodpovědnost. Case manager klienta podporuje a radí mu, např. mu pomáhá plánovat a řídit služby, které si vybral. Tento model case managementu bývá zasazen do systému přímých plateb lidem s handicapem, jež si takto s pomocí case managera pro sebe organizují pomoc a podporu. Tento model je potenciálně atraktivní pro mnoho klientů sociálních služeb, ale například v Británii dochází k tomu, že vznikají konflikty mezi profesionály a politickými a manažerskými pozicemi. (Payne, 2000 in Hubíková, 2018)

Zawadski a Eng (1988 in Hubíková, 2018) považovali tento model case managementu za vhodný zejména kvůli tomu, že case manager je v rámci tohoto modelu obvykle relativně nezávislý. Na jedné straně je tak dle Zawadského a Engse (1988 in Hubíková, 2018) lepší pozici nalézt nákladově efektivní služby a objektivně monitorovat kvalitu služeb, avšak poskytovatelé sociálních služeb v rámci zprostředkovatelského modelu musejí být schopni a ochotni komunikovat s case managerem. Zároveň si také v jednotlivých službách často dělají vlastní posouzení, plánování služeb, monitorování, tedy v tomto ohledu dochází k duplicitám a prodražení.

3) Víceborový model (Multiprofesional services)

Ve víceborovém modelu zabezpečuje klíčový pracovník z řad profesionálů konzistentnost poskytovaných služeb. Ostatní profesionálové pracují jeho prostřednictvím nebo sdělují informace klíčovému pracovníkovi, jenž je pro klienta obvykle hlavní kontaktní osobou. Klíčový pracovník z multidisciplinárního týmu koordinuje komplexní zajištění klientových potřeb. Účelem víceborového modelu je dosáhnout i na izolované uživatele a snížit rizika. Tento model case managementu je zejména spojován s deinstitucionalizací klientů s mentálním postižením a psychiatrickým onemocněním. (Payne, 2000 in Hubíková, 2018)

3.3.2 Individuální plánování v sociální službě chráněné bydlení

Poskytovatel sociální služby je dle §88 zákona č.108/2006 o sociálních službách povinen plnit Standardy kvality sociálních služeb. Podle přílohy č. 2 *Obsah standardů sociálních služeb vyhlášky č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách* se Standard kvality sociálních služeb číslo 5 nazývá Individuální plánování průběhu sociální služby. Jedním z kritérií Standardu kvality sociálních služeb č. 5 je podle výše uvedené přílohy č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb., povinnost poskytovatel plánovat společně s klientem poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti klienta.

Pod termín individuální plánování služby můžeme jednoduše rozumět proces „kontraktování“ – tj. dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče poskytována konkrétnímu klientovi. (Haicl, Haiclová, 2011)

Hauke (2011) vymezuje individuální plánování jako proces, v němž klient a poskytovatel sociální služby hledají cíle, jichž bude klient ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat. Budou tedy hledat „cíl společné práce“.

Výše uvedené definice se shodují v tom, že individuální plánování je proces, do kterého je zapojený klient a poskytovatel sociálních služeb, ovšem dále už se tyto definice individuálního plánování rozcházejí. V této diplomové práci budu vycházet z definice Haicla a Haiclové (2011), protože jsem se ve své praxi v sociální službě chráněné bydlení setkala s porozuměním termínu individuálním plánování tak, jak je vymezeno v obou definicích, ale za efektivnější vymezení individuálního plánování považuji definici podle Haicla a Haiclové (2011).

Význam individuálního plánování pro organizaci

Význam individuálního plánování pro organizaci je založen na nastavení standardů kvality a sociálních služeb a pomáhá tuto kvalitu zachovat i v případě organizačních změn. Proces zavádění standardů kvality, především individuálního plánování, znamená hledání a nastavování hranic mezi: pracovníky a klienty, pracovníky a rodinnými

příslušníky, pracovníky a managementem, pracovníky navzájem, organizací a veřejností. (Bicková, Hrdinová, 2011)

Pokud je individuální plánování dobře funkčně nastaveno dochází k prevenci „plošného“ poskytování jednotlivých činností, přináší zvýšení účinnosti služby, zvyšování kvality služby, systém pravidel, směrnic nebo metodik a stává se významným nástrojem kontroly. Nese s sebou nutnost angažovanosti jednotlivých klientů na řešení jejich sociální situaci, díky tomu mohou klienti kontrolovat, jak jejich realizace služby vypadá, zda dostávají to, co opravdu potřebují. Individuální plánování přináší pracovníkům i klientům pocit bezpečí. Hodnocení výsledků individuálních plánů může pracovníkům přinášet pocit uspokojení z odvedené práce a motivaci. Organizace s funkčním individuálním plánováním získává vzdělaný a reflektující pracovní tým, jsou posilovány kompetence a osobní odpovědnost jednotlivých pracovníků. Individuální plán služby by měl směřovat k aktivizaci klientů, k jejich motivaci, rozvoji a ke snižování závislosti klientů na sociální službě. (Bicková, Hrdinová, 2011)

Jedním z velkých významů individuálního plánování je to, že každému klientovi je v dané sociální službě věnována pozornost jednotlivě. (Bednář, 2011)

V praxi poskytovatelů sociálních služeb se podle Haicla a Haiclové (2011) vyvíjejí čtyři základní modely plánování sociální služby s klientem. Mezi těmito čtyřmi modely existuje řada různých přechodových verzí. Do dnešní doby nebyla provedena žádná studie, jež by modely plánování sociální služby pojmenovala a srovnala.

Model zaměřený na dosahování cílů

Tento model vychází z cílů, které si klient stanovil. Cílem se v tomto modelu rozumí změna, která by u klienta měla v souvislosti s poskytováním sociální služby nastat. Pracovník, který s klientem službu plánuje, nedojednává pouze cíl, ale také konkrétní kroky, skrze něž by bylo možné k formulovanému cíli dospět. Role pracovníka je v tomto přístupu velmi blízká roli poradce. Nejčastějšími pojmy, se kterými se můžeme u toho to modelu potkat, jsou: „kroky k dosažení cíle“, „krátkodobý cíl“, „dlouhodobý cíl“. Záznam individuálního plánu podle tohoto přístupu je velmi přesný a administrativně náročný. (Haicl, Haiclová, 2011)

Pod pojmem dlouhodobé cíle rozumíme obecněji formulované cíle, které jsou pro klienta důležité, např.: zůstat v přirozeném prostředí a nemuset odejít do zařízení ústavního typu. Organizace poskytující sociální službu chráněné bydlení by měla mít stanoveno, po jaké době dojde k hodnocení naplňování cíle. (Hauke, 2011)

Krátkodobé cíle jsou termínovány kratším časovým obdobím, např. na období jednoho měsíce. Tyto cíle vycházejí z průběhu poskytování služby, z kontrol kvality poskytované péče, z rozhovorů s klientem nebo jeho blízkými osobami. (Hauke, 2011)

Výhodou tohoto modelu je kontakt s klientem, klientova motivace a aktivizace. Tento model nabízí logický, strukturovaný, přehledný a většinou dobře měřitelný plán poskytované podpory. Nevýhodou tohoto přístupu je, že selhává u nemotivovaných klientů a klientů s nižším uvědomováním. Tento model vyžaduje uvědomění, což je pro většinu klientů velmi náročný požadavek. Jedná se o klienty např. se zdravotním postižením (jedinec s těžkým mentálním postižením) nebo o klienty s nízkou motivací (terénní služby pro osoby bez přístřeší). (Haicl, Haiclová, 2011)

Model zaměřený na dialog a klienta služby

Model zaměřený na dialog a klienta služby vznikl jako reakce na skutečnost, že prvotní model je pro mnohé klienty nepoužitelný. Tento model namísto dialogu o osobních cílech klienta upřednostňuje dialog o potřebách klienta. Základní zásadou modelu zaměřeného na člověka je poskytnout klientovi při procesu plánování služby větší bezpečí a co možná nejvíce klienta respektovat. Pracovník, jenž s klientem službu plánuje, se snaží klienta podpořit, aby některé z definovaných potřeb věnoval motivaci, pozornost a uskutečnil z této potřeby osobní cíl. Pracovník a klient se v tomto modelu spíše zaměřují na dojednávání podpory v konkrétních oblastech, jenž si klient stanoví a vycházejí ze situace „tady a teď“. Teoretickými prameny tohoto přístupu jsou: humanistická psychologie a psychoterapie např.: přístup „zaměřený na člověka“ (Rogers), Gestalt psychologie. (Haicl, Haiclová, 2011)

Pracovat se zaměřením na osobu znamená, že nevycházíme z představ o tom, jací by klienti měli být, ale z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti. Znamená to vnímat klienty v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty

k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich možností. (Pörtner, 2009)

Pracovat se zaměřením na osobu znamená také řešit problémy, rozvíjet projekty, rozhodovat společně s klienty s mentálním postižením – ne za ně ani místo nich, brát ohled na jejich odlišné potřeby, názory, schopnosti a v rámci jejich možností jim svěřovat zodpovědnost. (Pörtner, 2009)

Výhodou tohoto modelu je, že je nedirektivní a zajišťuje větší bezpečnost. Klient zde prožívá pocit přijetí a partnerství, jehož se mu od pracovníka plánujícího službu dostává. Nevýhodou modelu zaměřeného na člověka může být, že nevytváří příliš velký tlak na změnu klienta či jeho situace. (Haicl, Haiclová, 2011)

Model vycházející ze schématu počítačové podpory

Modely vycházející ze schémat počítačové podpory přinášejí do sociálních služeb zejména softwarové firmy, jež se zaměřují na programy pro poskytovatele sociálních služeb. Podstatou tohoto přístupu je, že pracovník, jenž službu plánuje, zadá do počítačového programu okruh potíží a počítač mu sám nabídne možnosti konkrétní podpory. Pracovník s klientem sociální služby tyto možnosti projednává a dojednává využití této podpory. (Haicl, Haiclová, 2011).

V České republice využívají sociální služby například tyto programy: IS Cygnus, eQip a PREUS, IS NZDM, PEPA, Azylák. (Kocman, 2012 in Herzog, Herzogová, 2020)

Tento model přináší výhodu snadné měřitelnosti a kontrolovatelnosti. Program může nabízet přehledné evidence, statistiky, třídění a kontroly jednotlivých úkonů. Nevýhodou přístupu vycházejícího ze schématu počítačové podpory je, že nevytváří patřičný vztah mezi klientem a pracovníkem. (Haicl, Haiclová, 2011)

Model expertní

Tento model vychází z medicínského pojetí sociální práce. Expertní model se dlouhá léta uplatňoval v sociální práci. Jedním z typických znaků pro takové pojetí plánování služby je, že si pracovník udržuje odstup a expertní postavení. Takové postavení je vždy spojeno s mocí nad klientem. Typickými postupy pro daný model je získávání osobních a sociálních anamnéz, akcentování práce s dokumentací klienta. (Haicl, Haiclová, 2011)

Expertní model tvoří optimální podmínky pro uvědomění pracovníka: umožňuje mu udržet si odstup, pracovat s amnestickými daty, jež může vyhodnocovat ve prospěch klienta. Tento přístup přináší systém, řád odborný náhled. Nevýhodou tohoto přístupu je odosobněný přístup pracovníka. Klient nezažívá pocit partnerství, naopak se může domnívat, že má nad ním pracovník převahu. (Haicl, Haiclová, 2011)

4 Shrnutí teoretické části

V posledních několika letech se setkáváme s prodlužující se délkou života lidí s mentálním postižením. Touto problematikou se zabývá čím dál více autorů, například Šelner (2012), Černá (2015) atd. V souvislosti s touto problematikou můžeme slyšet o sociální službě chráněné bydlení, která představuje podle Cimrmanové (2016) ideální kompromis pro stárnoucí rodiče a stárnoucí klienty s mentálním postižením. Pro stárnoucí rodiče se jedná o způsob osamostatnění jejich potomka. Cimrmanová (2016) uvádí, že vysoká kvalita života osob s mentálním znevýhodněním v seniorském věku souvisí s existencí chráněných bytů.

V současné době se v evropských zemích vyskytuje trend, jenž nazýváme ageing in place, kdy dochází k přesunu sociálních a zdravotních služeb pro seniory do přirozeného prostředí klienta. Ne vždy je možné to splnit, a ne vždy se to daří uskutečnit, možné to není například v situaci, kdy je klientovi diagnostikováno pokročilé stádium Alzheimerovy choroby. (Cesta domů, 2013 in Cimrmanová. 2016)

Tento přístup lze realizovat i v situaci, kdy dochází ke snížení soběstačnosti stárnoucího klienta s mentálním znevýhodněním využívajícího sociální službu chráněné bydlení, za předpokladu, že budeme kooperovat s jinými interními nebo externími službami a kombinovat některé z těchto služeb s již klientem využívanou sociální službou, např.: s centrem denních služeb, osobní asistencí, denním stacionářem, pečovatelskou službou, popřípadě s odlehčovacími službami. (Cimrmanová, 2016)

Na organizace, které se rozhodnou, že nechají klienta s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení zestárnout, bude kladen velký tlak a management této organizace bude muset učinit řadu změn např.: jak uvádí Šelner (2012), budou muset být změněny cíle služby, vnitřních předpisů atd.

Stárnoucí lidé s mentálním postižením mají mnoho potřeb. Já jsem se v teoretické části této práce zaměřila na sociální potřeby, které jsem popsala podle několik autorů. Nejvíce se ztotožňuji s potřebami, které popsal Šelner (2012). Starý člověk s mentálním postižením by měl mít pocit, že ho má někdo rád, měl by mít právo na

spolurozhodování a měl by zůstat v prostředí k němuž má důvěru. S potřebami, jež popsala Strnadová (2011), konkrétně s omezenou sociální sítí a s malým zájmem o volnočasové aktivity se neshodují. Ano, existují pasivní klienti, kteří preferují klid a samotu, ale na druhou stranu se můžeme setkat i s aktivními klienty s mentálním postižením ve vyšším věku.

V teoretické části jsem dále vymezila onemocnění a možné přístupy v péči o osoby s mentálním postižením. Konkrétně se jednalo o přístup aktivního stárnutí, deficitní přístup, tzv. přístup nepřemáhání se a gerontologická teorie kontinuity. Dále jsem se také zaměřila na roli sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a na metody sociální práce při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení.

Metody sociální práce zabývající se přímo cílovou skupinou stárnoucích osob s mentálním postižením jsem odborné literatuře nenalezla. V několika publikacích se objevila pouze zmínka o vhodnosti použití dané metody při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením. O vhodnosti použití metody case managementu při práci s lidmi s mentálním postižením se zmiňuje Šelner (2012). Další metodou, kterou jsem v teoretické části popsala, bylo individuální plánování průběhu sociální služby, protože ze zákona o sociálních službách vyplývá pro poskytovatele sociálních služeb povinnost s klientem individuálně plánovat.

Z teoretické části práce vyplývají do empirické části práce tři dílčí výzkumné cíle.

Zjistit jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné a jaké s tím mají zkušenosti.

Zjistit, s jakými metodami a technikami pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

Zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.

5 Metodologie výzkumného šetření

V nadcházejících kapitolách zdůvodním výběr výzkumné strategie a vymezím ji. Dále se budu zabývat formulací výzkumných cílů, transformací dílčích cílů, stručně popíšu zvolený způsob analýzy dat a etická rizika výzkumu.

5.1 Zvolená výzkumná strategie

Pro účely mého výzkumného šetření jsem zvolila vzhledem k tématu diplomové práce a charakteru hlavního výzkumného cíle kvalitativní výzkumnou strategii. Pro kvalitativní výzkumnou strategii jsem se také rozhodla z toho důvodu, že proniká více do hloubky a umožňuje tak získat detailnější popis jedince, jevu (Hendl, 2016), umožňuje také získat více dat od velmi malého počtu informantů (Disman, 2002). Dále jsem zvolila tuto výzkumnou strategii, protože mi umožní vidět respondenta v jeho přirozeném prostředí, setkat se s ním osobně a pozorovat jeho neverbální komunikaci.

Cresweell (1998 in Hendl, 2016) popisuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění zakládajících se na různých metodologických tradicích zkoumání určitého sociálního nebo lidského problému. Výzkumník utváří souhrnný holistický obraz, analyzuje rozdílné typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a realizuje zkoumání v přirozených podmínkách.

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je jeho časová náročnost, snadné ovlivnění výsledků výzkumníkem. (Hendl, 2016)

Disman (2002) upozorňuje v souvislosti s kvalitativním výzkumem na problematiku generalizace na populaci, která je v kvalitativním výzkumu obtížná a někdy i nemožná.

Těmto nevýhodám se budu snažit předejít dostatečnou časovou rezervou při realizaci výzkumu a reflexí etických rizik výzkumu.

Za techniku získávání dat jsem zvolila polostrukturované interview, které je nejrozšířenější metodou rozhovoru, neboť dokáže vyřešit mnoho negativních vlastností nestrukturovaného a plně strukturovaného interview. (Miovský, 2006)

Polostrukturovaný rozhovor je jedním z typů hloubkového rozhovoru, které vychází z předem předpřipraveného schématu témat a otázek. (Švaříček, 2007) Tuto techniku jsem zvolila, protože tazatel může podle potřeby a možností zaměřovat pořadí otázek a upravovat je. (Miovský, 2006) Tak budu moci například v případě nejasností informantovi blíže přiblížit význam jím nepochopené otázky nebo se doptat na doplňující informace.

5.2 Formulace výzkumných cílů

Hlavním výzkumným cílem této práce je zjistit, jaké mají názory a zkušenosti sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a případně na základě zjištěných zkušeností a názorů navrhnout řešení dané problematiky.

Hlavní výzkumný cíl jsem přetransformovala na hlavní výzkumnou otázku.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách názory a zkušenosti s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení?

Tato otázka se člení na tři dílčí výzkumné cíle:

DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné a jaké s tím mají zkušenosti.

V předchozích kapitolách této diplomové práce jsem popsala problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením tak, jak ji vidí autoři odborné literatury, proto tento dílčí cíl zjišťuje pohled samotných sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na tuto problematiku. Dále tento cíl identifikuje potřeby stárnoucích lidí s mentálním postižením, přístupy v péči o klienty s mentálním postižením.

DC2: Zjistit, s jakými metodami a technikami pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

V teoretické části této práce jsem uvedla, že jsem v literatuře nenalezla metody, jež by se přímo věnovaly stárnoucím lidem s mentálním postižením, objevila jsem pouze zmínku o vhodnosti použití některých metod. Proto tento cíl zjišťuje, jaké metody a techniky používají a jakým způsobem je sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách využívají při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Dále se také tento cíl zaměřuje na to, jakým způsobem sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracují s metodou individuálního plánování a case managementu.

DC3: Zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.

V teoretické části této práce jsem se zmínila o tom, že některé organizace poskytující sociální službu chráněné bydlení se mohou rozhodnout poskytovat tuto sociální službu stárnoucím lidem s mentálním postižením, z toho důvodu, tento cíl zjišťuje jak by podle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách měla vypadat ideální sociální služby chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.

5.3 Transformace dílčích cílů

Tabulka 1 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

Dílčí výzkumné cíle	Indikátor	Výzkumná technika	Respondenti	Tazatelské otázky
DC1: Zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a jaké s tím mají zkušenosti.	zkušenosti s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení	polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách	TO1: Jaké máte zkušenosti s problematikou stárnoucích osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení? Popište mi prosím nějakou Vaši zkušenost?
				TO2: Jaký je Váš postoj k problematice stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení?
				TO3: Jaký preferujete přístup v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením?

				TO4: Jaké identifikujete nejčastější potřeby u stárnoucích lidí s mentálním postižením?
DC2: Zjistit, jakým způsobem pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.	metody a techniky používané při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením	polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách	TO5: Jaké používáte při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením speciální či nové metody?
				TO6: Jak využíváte metodu case managementu při práci s klienty s mentálním postižením?
				TO7: Jak využíváte individuální plánování při práci s klienty s mentálním postižením?
DVC 3: Zjistit, jak	způsob poskytování	polostrukturovaný rozhovor	sociální pracovníci a	TO8: Jaký by dle Vaše ho názoru

<p>funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.</p>	<p>sociální služby chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením</p>		<p>pracovníci v sociálních službách</p>	<p>měl být rozsah podpory v chráněném bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením?</p> <p>TO9: Jaké nabízíte možnosti aktivizace pro stárnoucí klienty s mentálním postižením?</p> <p>TO10: Jak vypadá průběh dne stárnoucích lidí s mentálním postižením v tomto typu sociální služby?</p> <p>TO11: Jak by podle Vás měla vypadat ideální sociální služba chráněné bydlení z pohledu stárnoucího klienta s mentálním postižením?</p>
--	--	--	---	--

Zdroj: vlastní

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo prováděno ve třech organizacích nacházejících se ve Středočeském a Libereckém kraji, jež poskytují sociální službu chráněné bydlení. Pro výběr zařízení a informantů jsem použila techniku záměrného účelového výběru. Podmínky pro výběr organizací jsem stanovila následující: registrace organizace v Registru poskytovatelů sociálních služeb, a aby cílovou skupinou sociální služby chráněné bydlení byli lidé s mentálním postižením.

Výzkumný vzorek této diplomové práce tvoří sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří pracují v sociální službě chráněné bydlení, jehož cílovou skupinu tvoří lidé s mentálním postižením, a byli ochotni se účastnit rozhovoru.

Rozhovory byly uskutečněny s devíti informanty z výše zmíněných organizací. Informanty budu dále v textu rozlišovat pomocí označení I1 až I9. V níže uvedené tabulce jsou uvedeny základní údaje o informantech.

Tabulka 2 Základní informace o informantech

Informant	Pohlaví	Pracovní pozice	Délka praxe
I1	Žena	sociální pracovník	1 rok
I2	Žena	pracovník v sociálních službách	10 let
I3	Žena	sociální pracovník	10 let
I4	Žena	sociální pracovník	8 let
I5	Žena	pracovník v sociálních službách	1 rok

I6	Žena	pracovník v sociálních službách	1 rok a 6 měsíců
I7	Žena	pracovník v sociálních službách	1 rok
I8	Žena	sociální pracovník	6 let
I9	Žena	pracovník v sociálních službách	10 let

Zdroj: vlastní

5.5 Organizace a průběh výzkumných aktivit

Na začátku března 2019 jsem zvolila téma diplomové práce. V červnu 2019 jsem stanovila hlavní výzkumný cíl a dílčí výzkumné cíle. Během října a listopadu 2019 probíhala komunikace s informanty (domluvení místa rozhovoru a termínu schůzky). Na začátku prosince 2019 jsem po domluvě s jednou z pracovnic chráněného bydlení realizovala předvýzkum. Sběr dat byl realizován na konci prosince 2019 a v lednu 2020. V březnu proběhl přepis rozhovorů. Získaná data z rozhovorů byla analyzována a interpretována během dubna a května 2020.

Rozhovory byly prováděny na pracovištích informantů v jejich kancelářích. S každým informantem jsem mluvila o samotě, na rozhovor jsme měli dostatek času a při rozhovoru jsme nebyli nikým rušeni. Informanty jsem před započítím rozhovorů stručně seznámila s tématem rozhovoru, s obsahem diplomové práce a hlavním výzkumným cílem. Posléze jsem všechny účastníky rozhovoru informovala o tom, že rozhovor bude anonymní a jejich odpovědi budou sloužit pouze pro účely mé diplomové práce. Informanty jsem také před položením doplňujících otázek požádala o svolení nahrávat rozhovor na diktafon. Na diktafon bylo nahráno pět rozhovorů, čtyři rozhovory jsem v jejich průběhu zaznamenávala do textového souboru.

Při pokládání otázek měli někteří informanti potíže s termínem case management, neznali ho, neuměli anglicky, byl jim nesympatický proto jsem v některých rozhovorech použila jeden z překladů tohoto termínu do českého jazyka, konkrétně se jednalo o pojem *koordinace péče*.

Rozhovory zaznamenávané na diktafon byly ihned po jejich skončení přepisovány do textového souboru. Délka jednoho rozhovoru činila přibližně 30–40 minut.

V tabulce níže je přehledně zaznamenán časový průběh výzkumných aktivit.

Tabulka 3 Časová organizace výzkumných aktivit

Časový úsek	Výzkumná činnost
březen 2019	Volba tématu
červen 2019	Stanovení hlavní výzkumné otázky a dílčích cílů
říjen–listopad 2019	Komunikace s respondenty
prosinec 2019	Realizace předvýzkumu
prosinec 2019–leden 2020	Sběr dat
březen 2020	Přepis rozhovorů
duben–květen 202	Analýza a interpretace dat

Zdroj: vlastní

5.6 Způsob analýzy získaných dat

Získaná data jsem analyzovala skrze techniku otevřeného kódování. Švaříček (2007) popisuje otevřené kódování jako techniku, při níž je text jako sekvence rozbit na jednotky. K těmto jednotkám jsou přiřazena označení a s takto nově označenými fragmenty textu pak výzkumník dále pracuje.

Paralelně s tím, jak výzkumník kóduje jednotlivé rozhovory, si vytváří seznam kódů. Následně kódy, které vzešly z otevřeného kódování, seskupuje výzkumník podle

podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti, provádí tzv. systematickou kategorizaci. (Švaříček, 2007).

Během procesu kódování jsem do přepsaných rozhovorů vytvářela a vepisovala ručně poznámky. Poté jsem vytvořené poznámky zanesla do přehledné tabulky v počítači a následně, jak uvádí Švaříček (2007), jsem na základě podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti poznámky seskupila.

5.7 Reflexe etických rizik výzkumu

V následujících odstavcích budu reflektovat etická rizika a různé problémy výzkumu, které se mohou v jeho průběhu vyskytnout a považuji je za nejvýznamnější.

Jedním z etických rizik může být skutečnost, že znám některé informanty osobně, protože s nimi pracuji v jedné organizaci, a s některými jsem se setkala poprvé. Pro některé informanty může být obtížné mluvit o problematice stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení před osobou, kterou znají. Na druhou stranu pro jiné informanty může být těžké hovořit o jakémkoliv tématu před neznámou osobou. Tomuto etickému riziku jsem se snažila předejít tím, že jsem se snažila při rozhovorech o neutrální postoj a nevyjadřovala jsem své názory. V druhém případě jsem se snažila pomocí doplňkových otázek na začátku rozhovoru zpříjemnit a uvolnit atmosféru.

Za další riziko výzkumu považuji porušení principu důvěrnosti. Abych jeho porušení předešla, každého informanta jsem se zeptala před zahájením rozhovoru, zda se ho chce zúčastnit. Všechny informanty jsem také informovala o tom, že rozhovor je anonymní a slouží pouze pro účely mé diplomové práce. Nahrávky a přepisy rozhovorů uchovávám v uzamčené složce v mém osobním počítači.

6 Analýza a interpretace dat

V následujících podkapitolách budu interpretovat získaná data a výsledky jejich analýzy, kterou jsem realizovala prostřednictvím techniky otevřeného kódování.

6.1 DC1: Zjistit jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a jaké s ní mají zkušenosti.

Z otevřeného kódování mi vyšly následující kategorie:

- jiný druh sociální služby
- zestárnout na chráněném bydlení za určitých podmínek
- individuální přístup
- potřeba společnosti

Informanti se v názoru na problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením na chráněném bydlení rozdělili na dvě poloviny. První polovina informantů zastávala názor, že by stárnoucí klienti s mentálním postižením měli využívat jiný druh sociální služby. Druhá polovina informantů neviděla problém v tom, aby stárnoucí lidé s mentálním postižením za určitých podmínek na chráněném bydlení zestárli či dožili. Slovním spojením určité podmínky měli informanti na mysli například bezbariérové prostředí, změnu cílové skupiny chráněného bydlení, více asistentů na směně, nepřetržitou podporu I5 mi sdělil „*Pokud by chráněné bydlení bylo přizpůsobené, nevidím důvod, proč by zde klienti nemohli dožít.*“ I9 řekl „*Já jsem pro vytvoření takového chráněného bydlení. Mělo by v něm být prostředí, které bude vyhovovat klientům i personálu, a měli by tam být také pomůcky usnadňující běžný život (chodítka, naslouchátka).*“ I7 prohlásil „*Jsem zastáncem zařazení stárnoucích klientů do sociální služby, která jim bude lépe vyhovovat.*“ Někteří informanti uvedli rovnou i příklad z praxe. I1 řekl „*V minulosti se jeden klient přesouval na službu Domov pro osoby s mentálním postižením.*“ I5 sdělil „*Momentálně máme nejstarší klientku kolem 50 let. Zatím klientka zvládá téměř vše sama až na malé dopomoci asistenta, ale již narážíme*

na problém bezbariérovosti a již nutných pomůcek, jako je chodítka, naslouchátko. Klientka začíná trpět inkontinencí a defekací. Zatím vše zvládá s asistentem, ale je jen otázkou času, kdy bude nutná pomoc zdravotního personálu a pracovníka v sociálních službách při úkonech hygieny, výměny plen apod.“ Z odpovědí některých informantů, konkrétně z tónu jejich hlasu a z nonverbální komunikace, bylo vidět, že jsou nespokojeni s řešením situace stárnutí klientů s mentálním postižením v jejich organizaci. I6 se vyjádřil: „Nevadí mi stárnoucí klienti s mentálním postižením, pokud patří do cílové skupiny, pro kterou je chráněné bydlení určeno.“

Informanti se shodně vyjadřovali o potřebách klientů s mentálním postižením. Za nejčastější potřebu označovali potřebu společnosti. I2 prohlásil: *„Hm. Asi nejčastější potřebou u těchto lidí je kontakt s lidmi. Oni si rádi povídají. Vyhledávají společnost.“* Za další důležité potřeby toho to typu klientů označili informanti například: kvalitní zdravotní péči, stejné potřeby jako u běžné stárnoucí populace, potřebu odpočinku, potřebu aktivizace, potřebu využití kompenzačních pomůcek, potřebu spolupráce s rodinou, spirituální potřeby atd. I5 doplňuje: *„Být stále v kontaktu s jinými osobami, potřebují větší pomoc od zdravotního personálu a již potřebují různé pomůcky jako chodítka.“*

Asistentky a sociální pracovníci chráněného bydlení volí přístup v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením individuálně podle jejich aktuálních potřeb. Většina asistentek a sociálních pracovníků využívá v péči o klienty spíše individuální přístup nebo přístup aktivního stárnutí. Individuální přístup mi popsali jako přístup zaměřený na samostatnou práci s klientem, který se zaměřuje na klientovy potřeby, zájmy, silné stránky atd. I8 dodává: *„Velice individuální. To znamená více zaměstnanců během služby, aby se zaměstnanec, který má seniora na starosti, mohl a měl čas se o něho starat a zajišťovat jeho sociální potřeby.“* I3 tvrdí: *„U těch aktivnějších aktivní stáří. Nabídnout jinou aktivitu, pokud už nemůže. Máme tu pána, kterého bolí nohy. Dříve chodil tancovat a teď si místo toho zvolil jinou aktivitu. A těm klientům, co se nechce, tak je motivovat, aby alespoň vyvinuli nějakou aktivitu, tu aktivitu přizpůsobit klientovi na míru.“*

SHRNUTÍ DVOI

Odpovědi na první dílčí výzkumný cíl otázku „Zjistit jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a jaké s tím mají zkušenosti“ je, že sociální pracovníci a asistentky chráněného bydlení vnímají problematiku stárnoucích seniorů v sociální službě chráněné bydlení jako **situaci, kterou je potřeba řešit**. V názorech na řešení této problematiky se rozcházejí. Některé informantky by danou situaci vyřešily zvolením jiné sociální služby pro klienta. Jiné informantky by upravily podmínky sociální služby chráněného bydlení tak, aby v ní klient mohl zůstat, zestárnout a případně i důstojně zemřít. Sociální pracovníci a asistentky by na základě svých zkušeností upravily především prostředí, ve kterém by stárnoucí klienti s mentálním postižením měli žít (bezbariérovost, úprava sociálního zařízení), počet zaměstnanců na směnu atd. Některé informantky považují také za nezbytný krok změnu úpravu cílové skupiny sociální služby chráněného bydlení.

Informantky mají s problematikou stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení rozdílné zkušenosti. Jedna z informantek žádné nemá. Z tvrzení jiných informantek vyplývá, že stárnoucímu klientovi s mentálním postižením byla nalezena jiná služba vyhovující jeho potřebám. Nejčastěji se jednalo o sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, nebo se podmínky sociální služby chráněné bydlení pomalu přizpůsobují potřebám daného klienta, například pořízením kompenzační pomůcky. Informantky na základě svých zkušeností uvádějí, že v péči o klienty **volí nejčastěji přístup individuálně podle aktuální situace**. Za nejvhodnější a jimi nejčastěji zvolený považují **individuální přístup a přístup aktivního stárnutí**.

Asistentky a sociální pracovníci vnímají jako nejdůležitější potřebu stárnoucích lidí s mentálním postižením **potřebu společnosti**. Pod potřebu společnosti zahrnují: komunikaci s druhou osobou, kontakt s vrstevníky, mezigenerační kontakt, kontakt s lidmi, kontakt s rodinou, trávit čas v kolektivu. Mezi další důležité potřeby řadí: kvalitní zdravotní péči, stejné potřeby jako u běžné stárnoucí populace, potřebu odpočinku, potřebu aktivizace, potřebu využití kompenzačních pomůcek, potřebu spolupráce s rodinou, spirituální potřeby atd. Informanti uvádějí, že stárnoucí klienti s mentálním postižením mají některé potřeby stejné jako běžná stárnoucí populace.

Informanti identifikují jako časté potřeby stárnoucích lidí s mentálním postižením potřebu kontaktu a aktivizaci docházení do zaměstnání.

6.2 DVC2: Zjistit, jakým způsobem pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

Z otevřeného kódování mi vyšly následující kategorie:

- individuální plánování nastavené na přání a potřeby klienta
- metody zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí
- nepřijetí cizích slov
- multidisciplinární tým

Sociální pracovnice a asistentky chráněného bydlení používají při práci s lidmi s mentálním postižením různé metody. Nejvíce však používají **metody rozvíjející kognitivní funkce** např: reminiscenční terapii, práci s fotkami, pexeso atd. I6 k tomu říká: *„Škola hrou. Například na procházce trénujeme naši paměť a paměť klientů.“* Dále také uvedly, že pracují s **metodou augmentativní a alternativní komunikace** I2 dodává: *Dalo by se využít AAK v některých případech“*. Tuto metodu využívají sociální pracovníci a asistenti chráněného bydlení při podpoře klienta v organizaci jeho dne, při předávání informací klientům, při příchodu nových zaměstnanců, při školení klientů atd. I1 říká: *„Pracujeme s ní v rámci školení klientů, předávání informací, nový asistent, dovolená, při podpoře v orientaci dne...“* Některé pracovnice uvedly, že nepracují s žádnými novými či speciálními metodami, pracují jenom s **individuálním plánováním**. I3 k tomu dokonce říká: *„Nepoužíváme nic nového ani starého. Máme tu klasický individuální plány.“*

Všichni pracovníci se shodují v tom, že individuální plánování v jejich organizaci je zaměřené na přání, potřeby a zájmy klienta, klientovy silné stránky. I3 říká: *„Ty individuální plány nastavujeme podle přání a potřeb klientů a principů SMART...“* Někteří informanti se domnívají, že individuální plánování v jejich organizaci není efektivní a nemají na něj dostatek času, jiní naopak pracují s individuálním plánováním pravidelně, zaznamenávají do něj změny a využívají ho i k plánování budoucnosti

klientů. I6 realitu komentuje následovně: „Při dvou asistentech na 15 klientů nemůže být o individuálním plánování řeč, pokud se podaří, máme oba radost.“ I1 dodává: „Když dochází ke změně, tak ji do individuálního plánu zapracováváme. Víc by k tomu mohli říct pracovníci v přímé péči. Tato situace se mapuje, aby případně mohla vzniknout alternativa, aby klienti nemuseli odcházet, což může být varianta pro naše klienty.“

S **metodou case managementu** pravidelně pracuje třetina informantů. Jedna informantka uvedla, že tuto metodu letos zavádějí v jejich organizaci do praxe. Někteří informanti pracující v přímé péči s klienty měli problém s tím, že je termín case management převzat z anglického jazyka, jiní se domnívají, že je to otázka pro jejich nadřízené I7 k tomu sdělil: „No... popravdě, mě tyto anglismy nejsou moc blízké, беру klienty jako celistvé osoby se všemi jejich radostmi i starostmi, a tak také s nimi pracuji v jejich nejlepším zájmu.“ Dva informanti se s touto metodou setkali v průběhu rozhovoru poprvé v životě. I2 říká: „To by bylo dobrý. Například se stárnutím je spojená smrt, a tam bych to využila, s klienty by se o tom mělo mluvit. Tak by se to tak mohlo řešit i s přizváním odborníků, to stárnutí, teda zajištění, až bude klient...“ Pracovníci využívající tuto metodu se pozitivně vyjadřovali o multidisciplinárním týmu, který je součástí case managementu, a o přínosech case managementu pro klienty i pracovníky. I4 dodává: „Pracujeme s ní, když je potřeba. Jen to tak nenazýváme. Je to hrozně cizí. Pracujeme s tím běžně. Dříve to nebyvalo, že se ke klientovi vyjadřovalo více stran. Je to lepší a využíváme to častěji. Jenom bych přizvala ještě více lidí, třeba psychiatra a fyzioterapeuta...Dříve to vyřešil jeden zaměstnanec po svém a nepředal nám informace. Pomáhá nám to nahlížet kriticky a otevřeně. Nevytváří se zde prostor pro manipulaci s informacemi. Klientovi je to ku prospěchu, když není pouze jeden zaujatý pohled a pro zaměstnance v přímé péči to má i psychohygienický význam. Odpovědnost za člověka je zde na bedrech více lidí.“

SHRNUTÍ DVO 2

Odpovědí na druhou dílčí výzkumný cíl „zjistit, s jakými metodami a technikami pracují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách se stárnoucími klienty s mentálním postižením“ je, že sociální pracovnice a asistentky chráněného bydlení

používají při práci se stárnoucími klienty nejčastěji **metody zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí, metodu alternativní a augmentativní komunikace, individuální plánování a někteří metodu case managementu.**

Do metod zaměřených na rozvoj kognitivních funkcí, které sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách využívají při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením, řadí, hru pexeso, práci s fotkami, školu hrou, biblioterapii, vědomostní soutěže v televizi, reminiscenční terapii.

Metodu alternativní a augmentativní komunikace sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách volí v situacích, kdy poskytují podporu klientovi v organizaci jeho dne, při předávání informací klientům, při příchodu nových zaměstnanců, při školení klientů atd.

Individuální plánování v organizacích, ve kterých jsou informanti zaměstnání, je zaměřené na potřeby, zájmy, přání a silné stránky klientů. Někteří informanti hodnotí individuální plánování velmi pozitivně, pracují s ním pravidelně a využívají ho i k plánování budoucnosti klientů (jejich stáří). Podle jiných informantů je individuální plánování u nich v organizaci neefektivně využíváno, nebo je na něj z důvodu velkého počtu klientů a malého počtu personálu není čas.

Metodu case managementu někteří informanti využívají pravidelně a její přínosy pro klienty a pracovníky hodnotí kladně. Mezi přínosy řadí sociální pracovníci multidisciplinární tým, nezaujatý pohled na klienta, možnost otevřeného a kritického pohledu, psychohygienický význam pro pracovníky v sociálních službách. Informanti, kteří se při rozhovoru s tou to metodou setkali poprvé, z ní byli nadšení a rozhovor je motivoval pro zavedení této metody do praxe. Jedna z informantek by metodu case managementu využila při plánování zajištění klientů ve stáří, při rozhovoru o smrti s klienty. Někteří informanti měli problém s odborným termínem case management, konkrétně s převzetím toho to termínu z anglického jazyka. U některých informantů bylo nepřijetí cizích slov tak silné, že i po sdělení českých variant odborného termínu case management a vymezení této metody zachovávali i nadále k této metodě antipatie.

6.3 DC3: Zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením.

Z otevřeného kódování mi vyšly následující kategorie:

- cíl udržení stávajících schopností klientů
- odpočinkové aktivity
- kvalitní zdravotní péče
- bezbariérové prostory

Informanti se shodují v tom, že v sociální službě chráněné bydlení, ve které jsou zaměstnání, pozorují, že dochází ke změně cíle služby. Dříve pracovníci podporovali klienty v jejich samostatnosti, nyní se snaží u klientů spíše o udržení dosavadních schopností. I3 řekl: *„U nás je cílem poskytnout podporu a dovést je k samostatnému bydlení. Ted' jsme řešili se supervizorkou, že už tomu tak není. Už se spíše snažíme jejich schopnosti udržet co nejdéle, protože, jak stárnou, tak některé schopnosti ztrácí.“*

Informanti se také shodují v podobě průběhu dne stárnoucích klientů v jejich zařízení. Dopoledne klienti navštěvují aktivizaci. Odpoledne klienti navštěvují aktivizace, nebo si vyřizují běžné záležitosti související s chodem domácnosti (nákup s podporou asistenta, úklid), či navštěvují své známé. Večer klienti spíše relaxují (sledují TV, společenské hry) a provádí osobní hygienu. I5 toto popisuje následovně: *„Ranní podání léků, poté následuje vybraná aktivizace a odpoledne se věnují svým osobním zájmům nebo si plní své povinnosti úklidu a nákupu s asistentem. Připravují se večere, poté přijde sestra na podání večerních léků a od té doby mají klienti čas na osobní hygienu a odpočinek. Někdy to je v obráceném pořadí, kdy aktivitu mají dopoledne.“*

Informanti uvádějí, že klienti navštěvují různé typy aktivizací, například: korálky, trénink paměti, biblioterapii, zooterapii, sporty, výlety, arteterapii, reminiscenční terapie, keramika košíky, procházky, taneční kurzy, promítání filmů, účast na koncertech dechové hudby, návštěvy organizací sociálních služeb v zahraničí atd. Podle pracovníků si klienti mohou volit aktivizace s ohledem na jejich zdravotní stav a schopnosti. I9 říká: *„Aktivity máme věkově neomezené. Klient si může vybrat aktivizaci*

podle svého uvážení s ohledem na jeho schopnosti, zdravotní stav.“ I5 zmiňuje také výtvarnou, keramickou dílnu, korálky nebo pletení košíků.

Chráněné bydlení určené pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být podle informantů uzpůsobené na míru klientům, jejich potřebám. Chráněné bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být bezbariérové, klientům by měla být poskytována nepřetržitá podpora (24 hodin), k dispozici by měla být i kvalitní zdravotní péče. To ve své výpovědi potvrzuje I5: *„Určitě bezbariérové, s čtyřiaadvaceti hodinovou péčí, aktivitací vhodnou pro stárnoucí klienty, bez nutnosti docházení mimo areál...“* Cílem toho to chráněného bydlení by mělo být co nejdelší udržení stávajících schopností klientů. Pracovníci by měli být ke klientům trpěliví a na všechny činnosti jim poskytnout dostatek času. To zmiňuje respondent I9: *„V této službě by se nemělo na nic pospíchat, klienti by měli mít na všechno dostatek času“.* Aktivity by měly být zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí, odpočinek a relaxaci. Aktivnějším klienti by měli mít možnost aktivně zestárnout. Zároveň se informanti shodně domnívají, že by v chráněném bydlení tohoto typu mělo na jedné směně být více pracovníků, záleželo by na počtu klientů. I7 upozorňuje, že je potřeba: *„dostatečné množství pracovníků, kteří se jim budou věnovat. Bezbariérové prostory. Zdravotní péče.“* Někteří informanti dodávají, že by personál měl být kvalifikovaný, jeho vzdělání by mělo být specializované na cílovou skupinu seniorského věku. I4 dodává: *„Personál by měl být vzdělaný, zaměřený na cílovou skupinu seniorského věku a v tomhle se i specializovat.“* Jedna informantka uvedla, že na chráněném bydlení pro stárnoucí klienty by měla být klientům poskytovaná od státu finanční podpora, protože by příjmy ze starobního důchodu a příspěvku na péči nestačily k zaplacení úhrad za službu. Respondentka I8 zastává tento názor: *„Financování by nemělo být hrazeno jen z financí klienta, protože na všechny tyto služby v důchodovém věku nemůže mít peníze.“*

SHRNUTÍ DCV3

Odpovědí na třetí dílčí výzkumný cíl je „zjistit, jak funguje chráněné bydlení, popřípadě jak by mělo fungovat chráněné bydlení pro stárnoucí osoby s mentálním postižením“ je, že chráněného bydlení určené pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být uzpůsobené na míru klientovi (jeho potřebám, schopnostem, zdravotnímu stavu,

zájmům). Cílem chráněného bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být podle informantů udržet co nejdéle stávající schopnosti klienta.

Běžný den seniora s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení by měl vypadat jako běžný den u stárnoucí populace bez mentálního postižení. Den by začal podáním ranních léků, poté by následovala aktivizace. Oběd. Odpoledne by měli mít klienti čas věnovat se svým zájmům, povinnostem (nákup s asistentem, popřípadě úklid) nebo by mohli jít i na odpolední aktivizaci. Poté by následovala příprava večeře. Podání večerních léků zdravotní sestrou, osobní hygiena a odpočinek (sledování TV...).

Chráněné bydlení tohoto typu by mělo být bezbariérové. Klientům by měla být poskytována nepřetržitá podpora a k dispozici by měla být kvalitní zdravotní péče. Na směně by mělo pracovat více pracovníků, kteří budou kvalifikovaní. Jejich vzdělání by se mělo zaměřovat na cílovou skupinu seniorů s mentálním postižením. Aktivita a režim tohoto chráněného bydlení by měl být spíše relaxační a odpočinkový, ale zároveň by měl nabízet klientům i možnost aktivně zestárnout. Vhodnými aktivitami podle informantů, které by měly být nabízeny a realizovány v sociální službě chráněné bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením, jsou: reminiscenční terapie, výtvarná dílna, keramika, zooterapie, pletení košíků, arteterapie, aktivity rozvíjející nebo udržující kognitivní funkce (pexeso, vědomostní soutěže, práce s fotkami), účast na hudebních akcích (koncert dechové hudby). Všechny tyto činnosti by měly být přizpůsobeny klientovým schopnostem a jeho zdravotnímu stavu. Pracovníci by měli mít dostatek času na to věnovat se klientům individuálně. K dispozici by měl být multidisciplinární tým složený z odborníků podle aktuálních potřeb a problémů klienta (např. fyzioterapeut, gerontolog). Klienti s nedostatečnými finančními prostředky by měli mít možnost využít finanční podporu od státu.

6.4 Diskuze a závěr výzkumného šetření

Tématem této diplomové práce byla problematika stárnutí lidí s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení.

Pro účely diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, a to techniku polostrukturovaného interview. Zvolení kvalitativní výzkumné strategie pro výzkum této diplomové práce se osvědčilo. Zvolená výzkumná strategie mi umožnila jít při rozhovorech s informanty více do hloubky a získat tak potřebné informace, které bych od informantů zvolením kvantitativní výzkumné strategie nezískala. Technika polostrukturovaného interview se mi při realizaci výzkumného šetření osvědčila, když jsem při rozhovoru s informanty mohla upravovat pořadí otázek a případně se i na některé informace doptávat.

Odpovědí na hlavní výzkumnou otázku, jaké mají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách názory a zkušenosti s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení je, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají problematiku stárnutí klientů s mentálním postižením jako situaci, již je potřeba řešit. V názorech na řešení této problematiky se ovšem rozcházejí. Některé sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách by vyřešili problematiku stárnutí klientů v sociální službě chráněné bydlení odchodem klienta do jiného typu sociální služby, která by vyhovovala klientovým potřebám. Jiné sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách upravily podmínky poskytování sociální služby chráněné bydlení tak, aby v ní klient mohl důstojně zestárnout, dožít a případně i důstojně zemřít.

Cimrmannová (2016) navrhuje jako řešení problematiky stárnoucích lidí s mentálním postižením tzv. ageing in place, kdy dochází k přesunu sociálních a zdravotních služeb pro seniory do přirozeného prostředí klienta. Tento přístup je podle Cimrmannové(2016) možné uskutečnit, pokud bude organizace spolupracovat s jinými externími nebo interními službami např.: s odlehčovacími službami, denním centrem atd. Toto řešení nenavrhl ani jeden z informantů. V tomto bodě se teoretická část s výsledky výzkumu neshoduje.

Já se domnívám, že nejvhodnější řešení jsou ta, která navrhuje Cimrmanová (2016), nebo možnost dožití stárnoucích klientů v sociální službě chráněné bydlení za předpokladu upravení podmínek. K těmto variantám se přikláním, protože se domnívám, že pro klienta, kterého se podařilo integrovat prostřednictvím sociální služby chráněné bydlení do běžné společnosti, by bylo umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením psychicky náročné. V současné době také převládá trend deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb a já si myslím, že umístění klienta zpět do Domova pro osoby se zdravotním by bylo proti tomu to trendu.

Dalším řešením této problematiky, které žádný ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních nenavrhl, by podle mě mohlo být vytvoření nové sociální služby, která by se zaměřovala na danou cílovou skupinu. Z výše uvedených úprav podmínek sociální služby chráněné bydlení, které navrhovali informanti, mi připadá, že vznikne spíše sociální služba, která sice ponese název chráněné bydlení, ale rozsahem péče a svým fungováním se bude spíše podobat domovu pro osoby se zdravotním postižením.

Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách uvedli, že klienti s mentálním postižením mají stejné potřeby jako běžná stárnoucí populace, což se částečně shoduje s tvrzením Strnadové (2010), která uvádí, že stárnoucí klienti s mentálním postižením mají některé potřeby stejné jako běžná stárnoucí populace. Strnadová ovšem upozorňuje na to, že se může objevit potřeba naplnit tyto potřeby u stárnoucích klientů s mentálním postižením jinou formou než u běžné populace.

Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách uvádí, že nejčastější potřebou lidí stárnoucích lidí s mentálním postižením je potřeba společnosti. Dále uvedli, že stárnoucí lidé s mentálním postižením mají potřebu kontaktu a aktivizace, docházení do zaměstnání, v čemž se shodují Šelnerem (2012).

Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách volí přístup v péči o klienty individuálně podle aktuální situace, podle klientových potřeb. Nejčastěji využívají individuální přístup a přístup aktivního stáří, který zmiňuji v teoretické části práce jako jeden z možných přístupů v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením.

Sociální pracovníce a pracovníce v sociálních službách při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením využívají tyto metody: metody zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí, metodu alternativní a augmentativní komunikace, individuální plánování a někteří metodu case managementu.

V teoretické části této práce jsem popsala modely individuálního podle Haicla a Haiclové (2012). Na základě informací získaných od sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách usuzuji, že v organizacích, kde jsou zaměstnání, využívají model individuálního plánování zaměřený na dialog a klienta služby. Tento model upřednostňuje na místo dialogu o osobních cílech klienta dialog o jeho potřebách. (Haicl, Haiclová, 2012). Informanti pracují v organizacích s individuálním plánováním, které je zaměřené na potřeby, přání a silné stránky klienta. Někteří informanti hodnotili individuální plánování velmi pozitivně, pracují s ním pravidelně a využívají ho dokonce i k plánování budoucnosti klientů (jejich stáří). Někteří ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách se domnívají, že individuální plánování u nich v organizaci je neefektivně využíváno, nebo na něj z důvodu velkého počtu klientů a malého počtu personálu není čas.

Při výzkumném šetření jsem zjistila, že s metodou case managementu někteří informanti pracují pravidelně a její přínosy pro klienty a pracovníky hodnotí kladně, další informanti se při rozhovoru setkali s touto metodou poprvé a tři informanti tuto k této metodě cítí antipatie z důvodu přijetí termínu case management z anglického jazyka, a to i přes sdělení českých ekvivalentů pro tento termín a objasnění této metody. Informanti, kteří se setkali s touto metodou poprvé, z ní byli nadšení a rozhovor je motivoval pro zavedení této metody do praxe. Jedna z informantek by metodu case managementu využila při plánování zajištění klientů ve stáří, při rozhovoru o smrti s klienty, což se shoduje s tvrzením Šelnera (2012), který uvádí tuto metodu jako vhodnou při zajištění péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením.

Na základě získaných informací z výzkumného šetření usuzuji, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách nejčastěji pracují s víceoborovým modelem case managementu podle Payna (Payne, 2000 in Hubíková, 2018). Sociální pracovníci popisovali, že jejich pracovní tým je multidisciplinární a klíčový pracovník koordinuje komplexní zajištění potřeb klienta.

Dalším modelem, který informanti využívají, je model, kdy se úkolů spojených s výkonem case managementu ujímá jeden nebo více pracovníků (Challis, nedatováno in Hubíková, 2018). Všichni informanti uvedli, že pracují v týmu, kdy různým pracovníkům z týmu jsou přidělené jednotlivé úkoly (koordinace, plán péče atd.), což se shoduje s modelem, kdy se úkolů spojených s výkonem case managementu ujímá jeden nebo více pracovníků. (Challis, nedatováno in Hubíková, 2018)

Ve výzkumné části jsem zjistila, že pokud by se organizace, která má zaregistrovanou sociální službu chráněné bydlení rozhodla ji poskytovat nebo již poskytuje stárnoucím klientům s mentálním postižením, měla by vypadat a fungovat následovně.

Chráněné bydlení určené pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být přizpůsobené na míru klientovi (jeho potřebám, schopnostem, zdravotnímu stavu, zájmům).

Cílem chráněného bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by mělo být podle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách co nejdéle udržet stávající schopnosti klienta, což se shoduje s tvrzením Šelnera (2012).

Běžný den seniora s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení by měl podle sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vypadat jako běžný den u stárnoucí populace bez mentálního postižení. Den by měl probíhat následovně: zdravotní péče, aktivizace, oběd, odpoledne by měli mít klienti čas věnovat se svým zájmům, povinností (nákup s asistentem, popřípadě úklid) nebo by mohli jít i na odpolední aktivizaci, večere, zdravotní péče, osobní hygiena a odpočinek (sledování TV...).

Chráněné bydlení tohoto typu by mělo mít bezbariérový interiér a exteriér. Klientům by měla být poskytována nepřetržitá podpora (24hodinová) a k dispozici by měla být kvalitní zdravotní péče (také nepřetržitá). Na směně by mělo pracovat více pracovníků. Pracovníci by měli být kvalifikovaní, jejich vzdělání by se mělo zaměřovat na cílovou skupinu seniorů s mentálním postižením. Aktivity a režim chráněného bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením by měly být spíše relaxační a odpočinkové, přizpůsobené klientovým schopnostem a zdravotnímu stavu, ale zároveň by měly nabízet klientům i možnost aktivně zestárnout. Za vhodné aktivity považují informanti:

reminiscenční terapii, výtvarnou dílnu, keramiku, zooterapii, pletení košíků, arteterapii, aktivity rozvíjející nebo udržující kognitivní funkce (pexeso, vědomostní soutěže, práce s fotkami), účast na hudebních akcích (koncert dechové hudby). Pracovníci by měli mít dostatek času na individuální práci s klienty. Součástí tohoto typu chráněného bydlení by měl být multidisciplinární tým složený z odborníků podle aktuálních potřeb a problémů klienta (např. fyzioterapeut, gerontolog). Jedna informantka navrhla, že klienti s nedostatečnými finančními prostředky by měli mít možnost využít finanční podporu od státu.

Na téma této diplomové práce a na její výzkum by se dalo navázat několika dalšími tématy a výzkumy: například stárnutí klientů s mentálním postižením v jejich přirozeném prostředí, problematika umírání klientů v sociální službě chráněného bydlení, problematika sexuality stárnoucích klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněného bydlení, problematika agresivity stárnoucích klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněného bydlení, problematika úmrtí blízkých osob klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněného bydlení a tak dále.

Závěr

Tato diplomová práce se zabývala problematikou stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení.

Cílem teoretické části této diplomové práce bylo popsat problematiku stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Cíl teoretické části práce se podařilo naplnit vymezením.

Hlavním výzkumným cílem této práce bylo zjistit, jaké mají názory a zkušenosti sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách s problematikou stárnutí osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a případně na základě zjištěných zkušeností a názorů navrhnout řešení dané problematiky.

V teoretické části práce byla popsána sociální služba chráněné bydlení a problematika stárnutí klientů s mentálním postižením v této sociální službě. Dále jsem v této části práce blíže specifikovala cílovou skupinu stárnoucích lidí s mentálním postižením, jejich potřeby, možná zdravotní onemocnění a možné přístupy sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v péči o seniory. Dále jsem se v teoretické části této práce zabývala rolí sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a metody sociální práce při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že cíl teoretické části práce popsat problematiku stárnoucích lidí s mentálním postižením v sociální službě byl naplněn.

Hlavní výzkumný cíl byl v empirické části prostřednictvím využití kvalitativní výzkumné strategie a techniky polostrukturovaného rozhovoru a zodpovězení dílčích výzkumných otázek a hlavní výzkumné otázky také naplněn.

S problematikou stárnutí klientů s mentálním postižením se budeme setkávat stále častěji a vlivem současného trendu deinstitucionalizace sociálních služeb se budeme také stále více setkávat se stárnoucím klientem s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení. Jak již jsem uvedla v úvodu, domnívám se, že by tato diplomová práce mohla poskytnout poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace pro jejich rozhodování při řešení problematiky stárnoucích klientů v sociální službě

chráněné bydlení. Výsledky výzkumného šetření by také mohly být případně použity ke zkvalitnění péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením.

Seznam použité literatury

1. BEDNÁŘ, Martin. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Caritas - VOŠ sociální Olomouc, 2011. ISBN 978-80-260-0086-0.
2. BICKOVÁ, Lucie, HRDINOVÁ, Veronika. Proces individuálního plánování. In: BICKOVÁ, Lucie, ed. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, s. ISBN 978-80-904668-1-4.
3. BLAŽKOVÁ, Anna, Xenie DOČKÁLKOVÁ, Petra KOPIČKA, Gabriela PTÁČKOVÁ, Markéta SMÝKALOVÁ, Jana STEJSKLOVÁ a Camille LATIMIER. *Co teď a co potom: Průvodce pro pečující o člověka s mentálním postižením*. Praha: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, 2020. ISBN 978-80-88178-08-8.
4. CIMRMANNOVÁ, Tereza. In: POSPÍŠIL, David a Lucie SMUTKOVÁ, ed. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí: sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference XIII. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 23. až 24. září 2016 = Support of Person in Community : anthology of contributions of international scientific conference the XIII. Hradec Days of Social Work, Hradec Králové 23-24 September 2016*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. ISBN 978-80-7421-121-8.
5. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.
6. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7
7. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Aktivní stárnutí. In: *Prostě život* [online]. Olomouc [cit. 2020-06-24]. Dostupné z: <http://www.prostezivot.cz/aktivni-starnuti/>
8. HAICL, Martin; HAICLOVÁ, Veronika. Individuální plánování průběhu sociální služby. In: BICKOVÁ, Lucie, ed. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, s. ISBN 978-80-904668-1-4.

9. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
10. HATZIDIMITRIADOU, Eleni, MILNE, Alisoun. Planning ahead. *Dementia*, 2005, vol. 4(3), 341–359 p. [online]. [cit. 2020-04-17]. doi:10.1177/1471301205055027. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1177/1471301205055027>
11. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738499.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
13. HERZOG, Aleš a Lenka HERZOGOVÁ. Modely individuálního plánování. In: *Individuální plánování v sociálních službách* [online]. nevedeno, 2014 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/modely-individualniho-planovani/>
14. HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2018. ISBN 978-80-7571-031-4.
15. HRUŠKOVÁ, Hedvika, LANDISCHOVÁ Erika, Matoušek Oldřich. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
16. HUBÍKOVÁ, Olga. *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i, 2018. [online]. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4
17. JENKINS, Robert. (2012). The role of nurses in meeting the health care needs of older people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, vol. 16(2), 85–95 p. [online]. [cit. 2019-10 -20]. doi:10.1177/1744629512442032 . Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1177/1744629512442032>

18. JIRÁK, Roman. *Demence*. Praha: Maxdorf, c1999. ISBN 80-85800-44-6.
19. JIRÁK, Roman. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7262-873-5.
20. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
21. KOLIBOVÁ, Helena. *Kultura aktivního stárnutí na rozcestí*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 978-80-7248-884-1.
22. KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Chráněné bydlení. In: MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
23. Manuál aktivního stárnutí [online]. In: Praha: Evropská rozvojová agentura, 2012, [cit. 2020-07-04]. Dostupné z: http://aktivne.eracr.cz/wp-content/uploads/2013/01/A5-manual_nahled.pdf
24. Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou – pro účely výzev IROP č. 81 a 82. Doporučený postup 4/2018, který nahrazuje doporučený postup č. 5/2017 [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporu%C4%8Den%C3%BD+postup+MTS+4_2018+IROP+81%2C82.pdf/0373f8cc-c642-d1e1-4fde-437e6d3b1224
25. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
27. NĚMCOVÁ, Milada. Trnitá cesta ke chráněnému bydlení. *Sociální práce/sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě, 2013, 13(1), 15-17. ISSN 1213-6204 [online]. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss1-150407093434.pdf
28. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

29. PIPEKOVÁ, Jarmila, Marie VÍTKOVÁ a Miroslava BARTOŇOVÁ. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7689-1.
30. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675820.
31. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
32. RADA, Marek. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*. Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006. ISBN 80-239-9547-2.
33. SZOTÁKOVÁ, Markéta. Case management a jeho různorodé chápání. In: NEPUSTIL, Pavel a Markéta SZOTÁKOVÁ. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek: metodická příručka*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2013. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-076-6.
34. ŠELNER, Ivo. *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. ISBN 978-80-87623-06-0.
35. ŠESTÁKOVÁ, Ivana. *Bydlení (nejen) pro lidi s mentálním postižením*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6.
36. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
38. STRNADOVÁ, Iva. Jsme připraveni na stárnoucí populaci osob s mentálním postižením? In: VOJTKO, Tibor, ed. *Speciální pedagogika: teorie a praxe oboru v 21. století: příspěvky ke 100. výročí I. sjezdu pro péči o slabomyslné a školství pomocné v Praze 1909*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-132-7.

39. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
40. vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>.
41. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v platném znění [online]. [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek	47
Tabulka 2 Základní informace o informantech	50
Tabulka 3 Časová organizace výzkumných aktivit	52

Seznam příloh

Příloha 1 Otevřené kódování.....	I
Příloha 2 Přepis rozhovoru s informantkou.....	III

Příloha I Otevřené kódování

Kategorie	Kódy
nepřijetí cizích slov	anglismy, cizí slovo
multidisciplinární tým	tým odborníků, specializovaní odborníci, řešení v týmu
cíl udržení stávajících schopností klientů	udržení klientových schopností, snížená soběstačnost
kvalitní zdravotní péče	kvalitní zdravotní sestry, nepřetržitá zdravotní péče, zdravotní péče
odpočinkové aktivity	relaxace, malování, arteterapie, procházky, promítání filmů, koncerty dechové hudby, poslech hudby
bezbariérové prostory	upravené sociální zařízení, upravené prostory, bezbariérové prostory, bezbariérová koupelna
metody zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí	trénink paměti, pexeso, vědomostní soutěže v TV, práce s fotkami, reminiscenční terapie
individuální plánování zaměřené na přání a potřeby klienta	preferenze zájmů a potřeb, zaměření na silné stránky,
jiný druh sociální služby	domov pro osoby se zdravotním postižením, jiná organizace
zestárnout na chráněném bydlení za určitých podmínek	úprava prostředí, nepřetržitá podpora, bezbariérové prostředí, více zaměstnanců na směně, změna cílové skupiny
individuální přístup	dostatek času na klienta, trpělivý přístup, samostatná práce s klientem, zaměření na klientovi potřeby a zájmy, zaměření na klientovi silné stránky

potřeba společnosti	mezigenerační kontakt, kontakt s vrstevníky, komunikace, potřeba kolektivu, potřeba popovídat si, kontakt s lidmi
---------------------	---

Příloha II přepis rozhovoru s informantkou

Přepis rozhovoru s informantem I2

T: Jak dlouho již pracujete v sociálních službách?

I: Ty jo to už bude skoro 10 let.

T: Jaký je Váš postoj k problematice stárnutí klientů s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení?

I: Aby tu zestárli. Už máme zkušenost. Mě se nestalo, abych zažila člověka, který by byl hodně starý. Rozhodně jsem pro, aby na chráněném bydlen zestárli. Samozřejmě, když by byli vážně nemocní, tak jsme proto, aby tu zůstali jenom pokud by ti bylo v souladu s chráněným bydlením.

T: S čím v souladu?

I: S pravidly, posláním cílovou skupinou. Pokud by to v souladu nebylo, tak by museli využít službu domova pro osoby se zdravotním postižením.

T: Jaké identifikujete nejčastější potřeby u stárnoucích lidí s mentálním postižením?

I: Hm. Asi nejčastější potřebou u těchto lidí je kontakt s lidmi. Oni si rádi povídají. Vyhledávají společnost.

T: Jaký preferujete přístup v péči o stárnoucí klienty s mentálním postižením?

I: Nevím. Nemám s tím zkušenost. Sice jsou tu starší, ale nezažila jsem je mladý, ten velkej skok. Přišla jsem, když některým bylo šedesát a teď jim je padesát. Rozhodně by podle mě měli mít možnost chodit na aktivity, dokud to jde a přistupovala bych k nim individuálně.

T: Jaké máte zkušenosti s problematikou stárnoucích osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení? Popište mi prosím nějakou Vaši zkušenost?

I: Zažila jsem jednoho. V současnosti je na DOZP. Bylo to kvůli dostupnosti budovy chráněného bydlení je do kopce, jsou tu schody a pán měl chodítko. Jinak byl soběstačný, jenom špatně chodil. Hrál na klávesy. To pro něj bylo hodně důležité. Hygienu a stravu zvládal sám. Bylo to jenom kvůli špatné poloze chráněného bydlení.

T: Jaké používáte při práci se stárnoucími lidmi s mentálním postižením speciální či nové metody?

I: *Dalo by se využít AAK v některých případech.*

T: Co tou zkratkou myslíte?

I: *Alternativní a augmentativní komunikaci.*

I: *Ale spíš bych se zaměřila na fotografie, vzpomínky nebo služby odborníků, sociální rehabilitace. Staří lidé rádi vzpomínají a klienti tady taky. Ted' zrovna jeden přišel a povídá fotky Polsko. To znamená, že chce prohlížet fotky z Polska a tam už byli v létě. Fotky a vzpomínání jsou pro ně hodně důležité.*

T: Jak využíváte metodu case managementu při práci s klienty s mentálním postižením?

I: *Nemáme s tím zkušenost. Co to je? Popište mi to.*

T: Pojem case management můžeme chápat jako koordinovaný proces, v němž se plánují, implementují, koordinují, monitorují a vyhodnocují jednotlivé formy podpory, aby co nejlépe korespondovali s potřebami daného člověka – s ohledem na zajištění zdravotní a sociální péče a dalších zdrojů, aby výstupy pro jeho život byly co nejkvalitnější, aby co nejefektivněji využívaly dané zdroje. (Holmerová, 2018)

I: *To by bylo dobrý. Například se stárnutí je spojená smrt, a tam bych to využila, s klienty by se o tom mělo mluvit. Taky by se tak mohlo řešit i s přizváním odborníků to stárnutí, teda zajištění klienta až bude starý. No my jsme jenom asistenti a kdyby k tomu byli přizvaní ti odborníci bylo by to dobrý.*

T: Jak využíváte individuální plánování při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením?

I: *Individuální plánování, ono to máme spíše nastavený proto, co člověk chce, co si přeje. Jako tým jsme určitě nakloněni tomu, aby ty potřeby a přání toho člověka byli v souladu s fyzickou stránkou toho člověka i s psychickou.*

T: Jaký by dle Vaše ho názoru měl být rozsah podpory v chráněném bydlení pro stárnoucí klienty s mentálním postižením?

I: *Individuální podle potřeby. Když by to mělo být 24 hodin, tak by jsme se museli změnit cílovou skupinu. Kdyby klient s tak velkou potřebou podpory mohl být po zdravotní stránce na*

chráněném bydlení, tak bych ho co nejvíce podporovala v tom, aby měl tady, co možná nejmenší změny.

T: Jaké nabízíte možnosti aktivizace pro stárnoucí klienty s mentálním postižením ?

I: Takové standartně zajištěné. U nás teď šli do pozadí, protože je nás zaměstnanců málo. Vím, že mají zdravotní problémy, takže rádi přivítají procházky. Zajišťovali jsme i lázně. Snažíme se, aby měl každý maximální komfort.

T: Jak vypadá průběh dne stárnoucích lidí s mentálním postižením v tomto typu sociální služby?

I: No drží se rituály, zároveň se snažíme, aby poznávali nové věci a držíme se jejich zvyků. Snažíme se, aby si klienti udrželi dobrou fyzickou, dobrou náladu a aby dodržovali životní zdravý styl. Teda jsem to pomotala, zdraví životní styl.

T: Jak by podle Vás měla vypadat ideální sociální služba chráněné bydlení pro stárnoucí lidi s mentálním postižením?

I: To si zrovna nedokážu představit. Záleží na tom. Asi tak jako to je tady. Klienty využívají nabídnuté aktivity. Mají možnosti pomocí individuálního plánu si zajistit své potřeby, individuální plán vychází z jejich přání. Tady asi všichni stárnoucí docházejí do dílen, dokud můžou mít činnosti využívat nebo něco jiného. Třeba jeden pán jezdí malovat na soukromé hodiny. A to je taky důležité podporovat je a motivovat je v jejich zájmech k aktivitě. Já to vidím na tom klientovi, co hraje na klávesy, on pro ně žije. Kdyby je neměl, tak by se asi utápěl v depresích. Jako někteří staří lidé.