

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Dopady ústavní výchovy a péče na uživatele
služeb SKOKu do života pohledem sociálních
pracovníků**

Bakalářská práce

Autor: Adéla Rolková
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou
práci v etopedických zařízeních
Vedoucí: Mgr. et. Mgr. Kateřina Krupková
Oponent: Mgr. Eva Janouchová



Zadání bakalářské práce

Autor: Adéla Rolková

Studium: P21P0154

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Dopady ústavní výchovy a péče na uživatele služeb SKOKu do života pohledem sociálních pracovníků**

Název bakalářské práce AJ: Impacts of institutional care on clients of SKOK do života from the perspective of social workers

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce v teoretické části pojednává o resortech a formách ústavní výchovy a péče, je v ní představena organizace SKOK do života a lidé s mentálním postižením, jakožto její cílová skupina. Dále jsou v ní zmíněny dopady ústavní péče, jako je psychická deprivace a institucionalizace. Empirická část je provedena kvalitativní metodou formou rozhovoru. Cílem výzkumného šetření je poukázat na dopady ústavní výchovy a péče na uživatele služeb SKOKu do života pohledem sociálních pracovníků.

Klíčová slova: ústavní péče, ústavní výchova, deprivace, institucionalizace, mentální postižení, sociální pracovník

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN: 978-80-262-0982-9.
- LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 400 s. ISBN: 978-80-246-1983-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Učebnice pro obor sociální práce, sv. 6. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN: 80-85850-76-1.
- SYCHROVÁ, Adriana, ed. *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. 179 s. ISBN: 978-80-7395-756-8.
- VÁVROVÁ, Soňa, HRBÁČKOVÁ, Karla a HLADÍK, Jakub. *Porozumění procesu autoregulace u dětí a mladistvých v institucionální péči*. 2. nezm. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2015. 131 s. ISBN: 978-80-7454-149-0.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Kateřina Krupková

Oponent: Mgr. Eva Janouchová

Datum zadání závěrečné práce: 1.12.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci *Dopady ústavní výchovy a péče na uživatele služeb SKOKu do života pohledem sociálních pracovníků* vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. et Mgr. Kateřiny Krupkové samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 12. 4. 2024

Adéla Rolková

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Kateřině Krupkové nejen za odbornou pomoc, podporu a cenné rady, které mi při psaní bakalářské práce poskytla, ale také za lidský a trpělivý přístup. Mé poděkování patří také informantům, kteří byli ochotni na průzkumném šetření participovat.

Anotace

ROLKOVÁ, Adéla. *Dopady ústavní výchovy a péče na uživatele služeb SKOKu do života pohledem sociálních pracovníků*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 50s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce v teoretické části, jež se skládá ze 3 kapitol, pojednává o jednotlivých resortech a vybraných formách ústavní výchovy a ústavní péče, jsou v ní představena rizika, která s sebou pobyt v ústavním zařízení nese, a to například riziko psychické deprivace či institucionalizace. Dále je v této části práce představena organizace SKOK do života a lidé s mentálním postižením, jakožto její cílová skupina. Empirická část je provedena kvalitativní metodou formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumným vzorkem jsou sociální pracovníci, kteří v organizaci pracují právě s klienty, kteří mají zkušenost s ústavní výchovou či péčí. Hlavním cílem průzkumného šetření je zjistit, jaké má na tyto klienty podle sociálních pracovníků tato forma výchovy a péče dopady.

Klíčová slova: ústavní výchova, ústavní péče, deprivace, institucionalizace, mentální postižení

Annotation

ROLKOVÁ, Adéla. Impacts of institutional care on clients of SKOK do života from the perspective of social workers. Hradec Králové: Faculty of Education, University Hradec Králové, 2024. 50pp. Bachelor Thesis.

The theoretical part of the thesis, which consists of 3 chapters, deals with the individual departments and selected forms of institutional care, and presents the risks that stay in an institutional facility entails, such as the risk of psychological deprivation or institutionalization. Furthermore, this part of the thesis introduces the organisation SKOK do života and people with intellectual disabilities as its target group. The empirical part is carried out using a qualitative method in the form of semi-structured interviews. The research sample are social workers who work in the organisation with clients who have an experience of institutional care. The main objective of the survey research is to find out what social workers think are the impacts of this form of care on these clients.

Keywords: institutional care, deprivation, institutionalization, mental disability

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2022 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod	9
1 Ústavní výchova a péče.....	10
1.1 Nástin historie ústavní výchovy a péče.....	11
1.2 Resorty a vybrané formy ústavní výchovy a péče	12
1.3 Rizika ústavní výchovy a péče.....	14
2 Představení organizace SKOK do života.....	19
3 Mentální postižení.....	22
3.1 Příčiny vzniku mentálního postižení.....	23
3.2 Stupně mentálního postižení	25
4 Kvalitativní průzkumné šetření.....	27
4.1 Cíl průzkumného šetření a průzkumné otázky	28
4.2 Zvolená metoda sběru dat a etické aspekty průzkumu	28
4.3 Průzkumný soubor	29
4.4 Analýza a interpretace dat.....	30
4.5 Diskuse výsledků průzkumného šetření	41
Závěr	44
Seznam bibliografických zdrojů.....	45
Seznam elektronických zdrojů	47
Seznam tabulek	49
Přílohy.....	50

Úvod

Existují mezi námi lidé, kteří se z nějakého důvodu ocitli v systému ústavní péče, a to ať už v období dětství, nebo v období dospělosti. Děti končí v ústavních zařízeních v případech, kdy se o ně rodina nemůže, nechce nebo neumí postarat, dospělí proto, že se o sebe nechtějí, nemohou nebo neumí postarat sami a nemají nikoho, kdo by jim s tím pomohl.

O vlivu prostředí na jedince není pochyb, všichni jsme ovlivněni tím, kde, jak a s kým vyrůstáme a žijeme, proto i život v institucionálním zařízení musí zanechat na člověku nějaké stopy. Dopady ústavní výchovy jsou velkým, odborníky diskutovaným problémem, méně se ale hovoří o dopadech, jež má ústavní péče na dospělé lidi, a o to méně se pak pozornost věnuje osobám s mentálním postižením s touto zkušeností.

Ústavní péče je v organizaci SKOK do života velice populárním tématem, kvůli němuž vznikla kampaň „Pár útržků k normalnosti“, která vyjadřuje podporu deinstitucionalizaci a upozorňuje na nedostatky ústavní péče. O nedostacích hovoří v rámci kampaně, mimo jiné, i uživatelé služeb této organizace, kteří mají s pobytem v institucionálních zařízeních zkušenost, a to ať už v období dětství, nebo jako dospělé osoby. Takové nedostatky se musí na člověku nutně nějakým způsobem podepsat. Mou motivací pro psaní bakalářské práce, která se tomuto tématu věnuje, je jednak to, že mi není známa existence výzkumů zabývajících se touto problematikou u osob s mentálním postižením, a potom je to má vlastní negativní zkušenost s ústavním zařízením pro osoby s mentálním postižením, kterou jsem získala v rámci praxe. Ačkoli byla má praxe pouze jednodenní, byla pro mě velmi silným zážitkem. Způsoby, jakými pracovníci v sociálních službách v tomto zařízení s klienty pracovali, byly vůči klientům velice nedůstojné.

Práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a empirické. V teoretické části se práce snaží v první kapitole přiblížit ústavní výchovu a péči společně s riziky, která s sebou nese, v rámci druhé kapitoly je představena organizace SKOK do života a její jednotlivé služby. Třetí, a zároveň poslední kapitolou teoretické části práce, je kapitola zabývající se mentálním postižením, jenž je vývojovou poruchou klientů této organizace. Teoretická část je východiskem pro část empirickou. Empirická část již zjišťuje samotné dopady, které tyto formy péče na stávající klienty organizace mají, a jsou zjišťovány jak z krátkodobého, tak i dlouhodobějšího hlediska. Dopady jsou zkoumány pohledem sociálních pracovníků působících v této organizaci.

1 Ústavní výchova a péče

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatější než v okolním sociálním prostředí.“ (Matoušek, 1999, s. 19)

Ústavy mají svůj řád, hierarchii společenských pozic, své zvyky, slovník a atmosféru. Vstup do nich je kontrolovaný, pro vnější svět bývají v různé míře uzavřené. Jsou pokusem o umělý domov a mají být jistotou pro ty, jenž v nich z různých důvodů žijí (Mühlpachr, 2001).

Domovem v pravém slova smyslu ale tyto instituce téměř nikdy nejsou; obyvatel ústavu se musí přizpůsobovat jeho režimu a pochopitelně také potřebám ostatních klientů, jeho projevy jsou pod neustálou kontrolou a je samozřejmé, že se ne všem ostatním obyvatelům ústavu budou líbit, přičemž domov by měl být místem, kde si můžeme sundat masku, kterou nosíme ve společnosti proto, abychom byli přijímáni a respektováni, místem, kde můžeme být sami sebou, kde nás okolní svět nenutí dodržovat zvyklosti a pravidla našich společenských rolí (Matoušek, 1999).

Institucionální péče je zaměřena zejména na uspokojování základních potřeb ve smyslu materiálního a sociálního zabezpečení klienta v náročné životní situaci, a to například v podobě zajištění střechy nad hlavou, základní zdravotní péče, ošacení, stravy.

Pokud hovoříme o ústavní péči, která je zaměřena na pomoc dítěti, setkáváme se spíše s právním pojmem „ústavní výchova“, jenž je užíván především v oblasti školství (Běhounková, 2012). O péči mluvíme, jak již bylo zmíněno, ve smyslu zabezpečení, výchova je rozvíjením jedince a součástí péče (Škoviera, 2007). Ústavní výchova je opatřením nařízeným soudem v případech, kdy jsou *„výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit... Učiní tak zejména tehdy, kdy dříve učiněná opatření nevedla k nápravě.“* (Zákon č. 89/2012 Sb.)

Ústavní výchova může být dítěti nařízena nejdéle na tři roky, před uplynutím této doby ji ale může soud opět prodloužit, a to za podmínky, že důvody, pro které byla dítěti ústavní výchova nařízena, stále trvají (Zákon č. 89/2012 Sb.). Může být nařízena do 18 let věku, z výchovných a sociálních důvodů pak výjimečně do 19 let. Pro studující, tedy pro osoby, které se připravují pro výkon profese, existuje možnost prodloužení této náhradní formy výchovy do 26 let (MŠMT, 2015 in Kachlík, Červenka, Vojtová, 2016).

V dnešní době se ústavní péče představuje jako poslední možností ochrany dítěte (Sychrová, 2014), před tuto náhradní formu péče o dítě se staví náhradní péče rodinná, jež je formou péče nekolektivní a realizuje se formou svěřeni dítěte do péče fyzické osoby.

1.1 Nástin historie ústavní výchovy a péče

První zmínky o útulcích pro hendikepované osoby či pro děti, které neměly rodinu, se podle Matouška (1999) objevují v období křesťanství, kdy církev tyto ústavy stavěla na ideálu lásky k bližnímu. Byly také zakládány první křesťanské mnišské kláštery, jež fungovaly nejen jako instituce duchovní, nýbrž také jako instituce vzdělávací a ekonomické. Vedle nich vznikaly za období raného středověku nemocniční zařízení nazývaná hospitaly, která poskytovala péči ze sociálně charitativního, nikoli však lékařského, hlediska (Mühlpachr, 2001).

Na přelomu středověku a novověku se ve světě prosazuje péče o sociálně hendikepované, u nás známá pod „domovským právem“, které roku 1552 uzákonil Ferdinand I. Toto právo ukládá obci povinnost pečovat o své chudé občany, čímž se obce stávají po církvi dalším zřizovatelem ústavů, respektive chudobinců.

Co se v této době ale nerozvíjelo, byla péče o duševně nemocné. Příčiny duševních chorob byly vykládány démonologicky, postižení byli interpretováni jako osoby posedlé nadpřirozenými silami, přičemž se tato posedlost dala odstranit pouze vymítáním (Matoušek, 1999). Tato situace se mění až na sklonku 17. století a začátku století následujícího, kdy jsou zřizovány velké ústavy, v nichž jsou drženi jak duševně nemocní, tak osoby mentálně retardované či například osoby s kriminální historií a vojáci (Mühlpachr, 2001). Duševně nemocní zde ale byli drženi v okovech, a to až do roku 1793, kdy došlo k jejich osvobození Philippem Pinelem (Černoušek, 2020, online).

V 18. století již instituce zřizuje stát, nikoli církev, osoby na okraji společnosti jsou využívány k práci. Ony státní instituce přebírají úlohu hospitalů a chudobinců, ústavy začínají být specializované; špitály se stávají útulky pro nemocné, chudé, staré či pocestné, navíc se koncem tohoto století začíná užívat názvů jako je nemocnice či starobinec, vznikají také věznice.

Až začátkem století 20., nebo krátce před ním, se ústavy, jež dříve fungovaly za účelem sociální exkluze, začínají orientovat na potřeby klientů (Mühlpachr, 2001).

Pokud se zaměříme na ústavní zařízení, která poskytovala péči dětem, po roce 1918 se u nás před náhradní ústavní péčí začala upřednostňovat náhradní péče rodinná. Tato situace se ale opět změnila, a to po druhé světové válce, kdy začal být podporován socialistický, kolektivní způsob výchovy, neboť se věřilo, že je pro děti, které nemohou vyrůstat ve své rodině, nejlepší, což častokrát vedlo k narušení rodinných vazeb. Stávalo se také, že děti byly z rodin vyjmuty z politických důvodů, a někteří rodiče naopak žádali o umístění svých dětí do ústavů za účelem bezchybné výchovy (Sychrová, 2014).

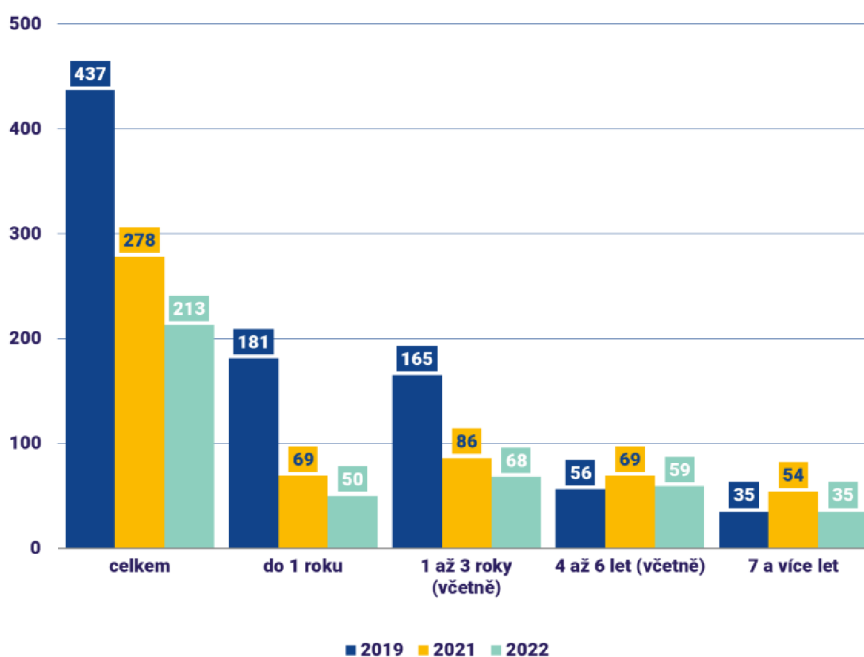
1.2 Resorty a vybrané formy ústavní výchovy a péče

Jednotlivé typy zařízení institucionální péče spadají pod jednotlivá ministerstva. Jedná se o Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Ministerstvo zdravotnictví

Ústavní péče v tomto resortu je možná jen v takovém případě, že dítě bylo umístěno do dětského domova pro děti do 3 let. Co se této formy ústavní péče týče, je u nás stále méně využívána a většinou se poskytuje jen těm dětem, jež mají zdravotní problém takového charakteru, kvůli kterému se nemohou vrátit do rodinného prostředí.

Obrázek 1 Srovnání počtu přijatých dětí do dětských domovů pro děti do 3 let věku v roce 2022 s lety 2021 a 2019



Zdroj: MPSV, 2023, online

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Účelem zařízení, která spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, je podle zákona č. 109/2002 Sb. zajistit nezletilé osobě náhradní výchovnou péči, která bude prospěšná pro jeho zdravý vývoj, vzdělávání i výchovu. Ústavní výchova může být prováděna v následujících zařízeních: diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav.

- **diagnostický ústav**

Do diagnostického ústavu přichází děti s nařízenou ústavní výchovou, ale i děti s nařízeným předběžným opatřením či uloženou ochrannou výchovou. Úkolem tohoto zařízení je komplexní diagnostika dítěte, součástí vyšetření jsou terapeutické, vzdělávací, diagnostické a sociální činnosti (zákon č. 109/2002Sb.). Na jejich základě je sestavena komplexní diagnostická zpráva, v níž jsou navrženy specifické výchovné a vzdělávací potřeby, jež budou v souladu s rozvojem osobnosti. Tato zpráva je následně předána příslušným orgánům, a to orgánům sociálně-právní ochrany dětí. Pobyt v tomto ústavu je krátkodobý, trvá zpravidla dva měsíce (MŠMT, 2015 in Kachlík, Červenka, Vojtová, 2016).

- **dětský domov**

Dětský domov je zařízení, v němž jsou umístěny děti zpravidla od 3 do 18 let, v případě, že se připravují na budoucí povolání, mohou zde v jejím průběhu zůstat, nejpozději ale do 26 let. Jsou zde umístěny děti, které netrpí závažnou poruchou chování a byla jim nařízena ústavní výchova. Základní a mateřská škola nejsou součástí těchto zařízení, děti dochází do místních škol a školek (MŠMT, 2015 in Kachlík, Červenka, Vojtová, 2016), jsou tedy konfrontovány s vnějším světem, tedy se světem mimo jejich instituci.

- **dětský domov se školou**

Tyto instituce slouží dětem od šesti let do ukončení povinné školní docházky, škola je součástí zařízení. Jsou do nich umísťovány děti, které trpí poruchou chování, nebo ty děti, jež mají duševní poruchu a vyžaduje se proto výchovně-léčebný režim. Dítě se sem může dostat z důvodu nařízení ústavní, či uložení ochranné výchovy (MŠMT, 2015 in Kachlík, Červenka, Vojtová, 2016).

- **výchovný ústav**

Výchovné ústavy zajišťují péči o mládež nad 15 let, ve výjimečných případech (závažné poruchy chování) zde může být umístěno dítě starší 12 let,

pokud ho nelze umístit do dětského domova se školou. Školy jsou zřizovány při výchovných ústavech, a to jak základní, tak speciální, tak i školy střední (MŠMT, 2015 in Kachlík, Červenka, Vojtová, 2016).

Ministerstvo práce a sociálních věcí

Zařízení spadající pod tento resort poskytují sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., tedy zákona o sociálních službách.

- **domov pro osoby se zdravotním postižením**

Domov pro osoby se zdravotním postižením, dříve ústav sociální péče, je zařízení, v němž se poskytují pobytové služby osobám s různým typem a rozsahem zdravotního postižení, jež potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby z důvodu snížené soběstačnosti (Matoušek, 2016). Mezi služby, která tato zařízení poskytují, patří například edukační, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí stravy a ubytování. Tato sociální služba je poskytována za úhradu (Vachtlová, 2020, online).

1.3 Rizika ústavní výchovy a péče

Psychická deprivace

Langmeier a Matějček (2011, s. 26) definují psychickou deprivaci jako „*psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k uspokojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostatečné míře a po dosti dlouhou dobu.*“ Tento psychický stav nevnímají jako neměnný a trvalý, ale o psychické deprivaci přemýšlí jako o aktuální duševní skutečnosti vzniklé podnětovým ochuzením, jenž se následně projevuje deprivacími následky.

Mezi **základní psychické potřeby** patří:

1. potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů,
2. potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech,
3. potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů,
4. potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty,
5. potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy.

Následky psychické deprivace se projeví tak, že se deprivovaný jedinec nebude dobře přizpůsobovat situacím běžných pro společnost, ve které vyrůstá, jeho chování bude svým způsobem „asociální“, dotyčná osoba nebude společensky dobře zapojená (Matějček, Bubleová, Kovařík, 1997).

Za nevhodnou a rizikovou je považována ústavní péče zejména pro děti v období od narození do tří let věku. Toto období je ve vývoji jedince považováno za nejdůležitější a nejcitlivější, a aby se dítě mohlo správně vyvíjet, potřebuje primárního pečovatele; dospělou osobu, která s malým dítětem tráví nejvíce času, stará se o něj, je mu hlavním sociálním partnerem a učitelem o světě. Dlouhodobá přítomnost, stabilita, dostupnost a napojení tohoto člověka na dítě, jednoduše řečeno vazba, je nezbytnou zkušeností pro jeho zdravý socio-emoční vývoj, tedy vývoj v oblasti emotivity a sociálních vztahů, který, ačkoli je nejméně viditelný, má největší dopad na další oblasti vývoje, v nichž probíhají v tomto období zásadní změny určující kvality budoucího života jedince. Jedná se o následující:

- somatický vývoj
- motorický vývoj
- kognitivní vývoj

Vývoj bývá opožděn v závislosti na míře závažnosti deprivace, kterou dítě zažívá. K poruchám somatického vývoje pak dochází zejména tehdy, kdy je forma deprivace velmi těžká. V takových případech může dojít i k úmrtí dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Pobyt v instituci, kde dítěti primární pečovatel a s tím spojená možnost navázání blízkého vztahu schází, na dítě proto má zásadní vliv. Poruchy ve vývoji, které plynou z neosobních vztahů v prostředí institucí, jsou podle Ptáčka (2011, online) nenapravitelné. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že v případě, kdy včas umístíme deprivované dítě s opožděným vývojem z ústavu do rodiny, se vývojové opoždění povětšinou v krátkém časovém úseku upraví.

Winnette (2020, s. 43) se k chybějícímu primárnímu pečovateli vyjadřuje v oblasti sociálního vývoje takto: *„Člověk se nestává empatickým, spolupracujícím člověkem, který se umí starat o sebe a o druhé, sám od sebe. Rané období sociálního vývoje zahrnuje učení se základům sociálního života. Bez primárního pečovatele se dítě kromě jiného neučí rozlišovat blízkého bezpečného člověka od cizího. Neučí se synchronnímu vzájemnému poznávání mysli a chování prostřednictvím napodobování. Neučí se*

možnosti vyhledat bezpečí a uklidnit se u svého známého člověka. A v neposlední řadě nezíská pocit sounáležitosti a patření ke svým lidem. V dalším životě pak může trpět následky, které se mohou projevovat i v dospělosti.“

Vágnerová (2012) poukazuje na variabilitu důsledků deprivace zkušenosti, která působí na různé děti odlišně, a to ve spojitosti s jejich genetickou dispozicí, primární zkušeností a možností získání náhradního zdroje citové podpory. Na důsledky upozorňuje v oblasti kognitivních odlišností, přičemž rozumové schopnosti nemusí být nutně závažněji postiženy, ale nebývají dostatečně využívány. Deprivovanému dítěti často schází pozitivní zpětná vazba od emočně důležité osoby, stimulace k jakémukoli učení, a dítě tedy nemá důvod ke snaze. Dále poukazuje na dopady v oblasti citového prožívání. Zkušenost citové deprivace se může projevit v podobě primitivních, povrchních a nediferencovaných vztahů k lidem, emoční plochosti, nedůvěře, hostilitě a agresivitě, absencí empatie k sobě i ostatním, neboť tyto jedinci sami nezažili empatickou reakci, která by ukázala respekt k jejich vlastním pocitům a potřebám. U takto deprivovaných dětí dochází i k narušení sebepojetí ve smyslu nejistoty, nedostatku sebedůvěry a sebeúcty, běžné jsou pro ně i problémy v sociální adaptaci.

Matějček, Bubleová a Kovařík (1997) shrnují a prezentují výsledky longitudinálního výzkumného projektu, jenž měl přispět k hlubšímu poznání psychické deprivace a subdeprivace a jejich následků ve vývoji osobnosti již dospělého jedince. Zjistilo se, že osoby se zkušeností ústavní péče od raného dětství do dospělosti byly postiženy zejména v sociálním zapojení a uplatnění, a to nejvíce ze všech čtyř zkoumaných souborů (děti z dětských domovů, děti z náhradní rodinné péče, děti narozené z nechtěného těhotenství a kontrolní skupina dětí), a to i přes to, že se bral v potaz jejich nižší intelekt. Vzorek dětí z dětských domovů byl rozdělen na skupiny podle toho, jak osoby spolupracovaly, samostatnou specifickou skupinu pak tvořily osoby žijící v ústavech sociální péče. Tyto osoby se staly závislými na ústavní péči, ačkoli by se mohly, třebaže v omezené míře, uplatnit v pracovním procesu. Posudky z ústavů poukazovaly na jejich neschopnost spolupráce, náladovost, nestálost, vzdorovitost, sobectví a konflikty s ostatními. Na straně druhé byla zmíněna jejich uzavřenost a samotářství. Autoři (tamtéž) uvádějí, že ústavní psychická deprivace v kombinaci s mentálním postižením ukazuje velmi nepříznivé výsledky.

Následky psychické deprivace není možné jen tak odstranit, a ani s příchodem dospělosti pochopitelně samy nemizí. Proběhlé výzkumné studie u dospělých lidí s deprivací zkušeností shodně poukazují kupříkladu na problémy ve vztazích, a to jak

v jejich navazování, tak v jejich udržování, nechť ke kontaktu s vnějším sociálním světem, můžeme u nich pozorovat také vyšší míru nezaměstnanosti, častější výskyt trestné činnosti, neschopnost vychovávat své děti. Časné následky psychické deprivace mají styčné body s jejími pozdními následky (Matějček, Bubleová, Kovařík 1997). Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na fakt, že ohrožení jsou psychickým strádáním ale i dospělí lidé, nejen děti. Hlavně pak dospělé osoby, které jsou staré nebo nemocné, invalidní a slabé.

Z těchto důvodů si dovoluji tvrdit, že je psychická deprivace doopravdy závažným problémem, kterému bychom se měli snažit předcházet, a to především v podobě neumístování nejmenších dětí (tedy dětí do tří let) do ústavní péče.

Institucionalizace

Institucionalizace, nebo jinak řečeno hospitalismus, je procesem, kdy se jedinec adaptuje na řád a prostředí instituce a stává se na ní závislým, čímž ztrácí schopnost žít samostatným životem po tom, co ji opustí (Vávrová, Hrbáčková, Hladík, 2015). Výsledek tohoto procesu nazýváme syndromem návyku na ústavní péči. Pro klienta je snazší orientovat se v ústavu, kde má plné zaopatření, sníženou odpovědnost, jasně daný časový režim, stýká se s ostatními klienty, kteří jsou zvyklí na stejná pravidla a kde se pohybuje v omezeném, bezpečně známém prostoru, než aby se orientoval ve světě vně ústavu, který je pro něj nepřehledný. (Matoušek, 1999) Vyznat se ve světě je ale lidskou potřebou, s jejímž neuspokojením souvisí potíže v adaptaci na prostředí, zvládnutí změn a v neposlední řadě těžkosti s vybudováním pocitu své vlastní identity (Keller, 2005). Člověk, který žije dlouhodobě izolovaný od běžného světa, se v něm pochopitelně nebude orientovat.

Sychrová (2014) v souvislosti návyku na ústavní péči uvádí upřednostňování uspokojování vlastních potřeb před potřebami druhých, nesamostatnost, nedůvěru a neschopnost fungovat v sociálních situacích, následky se mohou objevit v podobě dalšího přijímání sociálních služeb či zneužívání sociální pomoci.

Čím lépe bude člověk přizpůsoben životu v instituci, tím více bude posílena jeho izolace od vnějšího světa (Rieger, 2009). Instituce se mohou snažit sebevíc, ale vždy budou prostředím, které není přirozené. Pro tyto důvody je zřejmá důležitost kontaktu klienta ústavního zařízení se světem mimo něj.

Šikana

Šikanou rozumíme psychické či fyzické ponižování slabšího jedince jedincem silnějším. Je agresivním chováním, jehož cílem je získat pocit převahy a moci nad osobu, které je ubližováno, a získat tak určité výhody (ČPZP, online).

Podle Matouška (1999) jsou dobrou půdou pro šikanování zejména takové instituce, jež jsou uzavřené a fungují autoritativně, neboť se zde může stát násilí takovým způsobem uplatnění potřeb a práv, který je ostatními obyvateli ústavu pozitivně hodnocen. Matoušek (tamtéž) uvádí, že oběťmi šikany jsou lidé, kteří neoplývají sebevědomím, jsou slabí nebo nějakým způsobem, byť jen nepatrným, odlišní. Osobami, které v ústavech šikanují, se ale nestávají pouze jejich klienti; agresorem může být přímo personál a s tím spojené zneužívání klientů, které je ústavní péčí velmi usnadněno. Pravidla fungování ústavu bývají pro nezasvěcené osoby nejasná, a tudíž je znesnadněna kontrola fungování daného ústavu. Personál má podle něj tendence zneužívat své mocenské převahy, a to zvláště v případech, kdy jsou klienty děti, mladiství, vážně nemocní, mentálně hendikepovaní nebo staří lidé.

Ztráta soukromí

Klientům ústavní péče bývá v různé míře narušeno jejich soukromí. Pojem soukromý či privátní je odvozen z latinského termínu *privatus*, což znamená oddělený, osobní, náležející sám sobě. Pojem má dle Matese (2019) dva významy; protiklad k něčemu veřejnému nebo státnímu, druhým významem je skrytý před veřejností.

V ústavech nemá zpravidla klient pokoj sám pro sebe, nýbrž je nucen sdílet prostor s někým dalším, často s někým, koho si nevybral. Je neustále sledován a kontrolován, musí se přizpůsobovat ostatním, hledět na jejich potřeby a přání (Matoušek, 1999). Nemůže se chovat tak, jak by se choval, kdyby žil sám, kdyby nebyl pod neustálým dohledem. V případě obyvatel ústavních zařízení tedy o „skrytém před veřejností“ hovořit nemůžeme, neboť tento člověk nemá šanci být sám, být ukrytý před ostatními.

2 Představení organizace SKOK do života

SKOK do života je sociální podnik fungující v Hradci Králové od roku 2004, jehož činnost je rozdělena na činnost hlavní a vedlejší. Hlavní činností se rozumí veřejně prospěšná a nezisková, vedlejší činnost je pak doplňková, zisková. Tato organizace poskytuje služby (sociální rehabilitace, sociálně terapeutická dílna, chráněné a podporované bydlení) dospělým osobám ve věku 18-64 let, které mají intelektové znevýhodnění, dále poskytuje chráněná pracovní místa v LADÍLNĚ a BISTRU u dvou přátel, kde zaměstnává dohromady více než 90 osob (SKOK do života, online).

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace má za cíl pomoci svým klientům dosáhnout vyšší úrovně soběstačnosti; usiluje o posílení pozitivních návyků, rozvíjení dovedností a schopností, náviku běžných činností potřebných pro samostatný život (Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012, online).

Cílovou skupinou sociální rehabilitace zřizované SKOKem do života je osoba s intelektovým znevýhodněním ve věku 18-64 let. Služba je dostupná v pracovní dny a je rozdělena na dopolední a odpolední blok, z nichž si klient dle svých časových možností jeden vybere. Do služby pak dochází minimálně čtyřikrát týdně na tři hodiny po dobu maximálně pěti let, tato doba však může být na základě rozhodnutí ředitelky prodloužena (SKOK do života, online). Součástí tréninku je například nácvik trasy, nakupování, příprava jednoduchých jídel, úprava zevnějšku.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc duhého člověka z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění. Chráněné bydlení může být skupinové nebo individuální (zákon č. 2006/108, online).

Cílem služby je vytvoření bezpečné domácnosti, na jejímž chodu se uživatelé služeb podílí v takové míře, v jaké jsou schopni. V rámci této služby je klientům s mentálním či kombinovaným postižením poskytována nepřetržitá, profesionální péče v takovém rozsahu, aby jim byl umožněn život podle jejich představ. Uživatelé za pomoci pracovníků vaří, uklízí, relaxují, pečují o sebe. Organizace poskytuje tuto službu lidem ve věku 19-64 let ve dvou rodinných domech v Hradci Králové.

- **vila Jana**

V tomto domě je místo pro 10 osob ve třech dvoulůžkových a čtyřech jednolůžkových pokojích. Uživatelé žijící na vile Jana chodí do zaměstnání či využívají jiných služeb a žijí velmi aktivním životem. Po městě se pohybují sami, bez pracovníka, jsou víceméně soběstační.

- **vila Julie**

Na vile Julii je místo pro 7 osob v sedmi jednolůžkových pokojích. Na této vile je život pomalejší. Uživatelé služby se po městě pohybují s pracovníkem, sami chodí jen po trasách, které dobře znají a celkově potřebují vyšší míru podpory. Pracují na zkrácený úvazek nebo dochází do sociálně terapeutické dílny (SKOK do života, 2023, online).

Podporované bydlení

Podporované bydlení je terénní služba poskytovaná skupinově či individuálně v pracovní dny; pracovník dochází za klientem po domluvě k němu domů, kde žije buď sám, nebo s dalšími klienty. Pracovník dohlíží na to, aby byly život klientů bezpečné a dlouhodobě udržitelné. Tato služba podporuje nejen udržení schopností a dovedností klienta, ale i jejich rozvoj. Mezi činnosti, se kterými pracovník pomáhá, patří například úklid domácnosti, vaření, nakupování, údržba spotřebičů v domácnosti (SKOK do života, 2023, online).

Sociálně terapeutická dílna

Sociálně terapeutická dílna je ambulantní sociální službou pro osoby, jež nejsou z důvodu zdravotního postižení soběstačné natolik, aby mohly být pracovní zařazené na otevřeném nebo chráněném trhu práce. Člověk zde může rozvíjet své pracovní schopnosti tak, aby v budoucnu mohl získat práci. V případě, že zdravotní znevýhodnění člověka limituje do té míry, že je pro něj uplatnění na pracovním trhu nemožné, funguje sociálně terapeutická dílna jako místo, kde klient může v rámci seberealizace využít a uplatnit svůj pracovní potenciál (Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012, online). Činnosti vykonávané v této službě jsou například práce v keramické dílně, péče o zahradu, jednoduché dílenské práce. Uživatel služby sem dochází ideálně každý den a ve stejný čas na minimálně tři hodiny.

Cílem této služby je udržení schopností a životního stereotypu tak, aby se jedinec, který se nemůže uplatnit na trhu práce, blížil zaměstnaným dospělým lidem (SKOK do života, 2023, online).

3 Mentální postižení

Mentální postižení je zastřešujícím a širším pojmem užívaným zejména v pedagogické a poradenské praxi, který zahrnuje jak mentální retardaci, tak i hraniční pásmo sociálně-kognitivního znevýhodnění, které se projevuje zejména v oblasti vzdělávání na běžných školách. Je zde zapotřebí podpůrných či vyrovnávacích opatření výchovně-vzdělávacího charakteru, a to například v podobě zajištění asistenta pedagoga, využití rehabilitačních, kompenzačních a učebních pomůcek, využití speciálních metod či snížení počtu žáků ve třídě. Inteligenční kvocient je v tomto případě nižší 85 (Valenta, 2012). Mentální postižení se projevuje i obtížemi v běžných denních aktivitách a sníženou schopností sociální adaptace (Národní pedagogický institut, online).

Ve zdravotnické oblasti je pojem mentální postižení užíváno jako synonymum k pojmu mentální retardace. Tu lze vymezit jako stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, jenž se projevuje ve vývojovém období. Postihuje kognitivní, pohybové, řečové a sociální schopnosti (MKN-10, online).

Vágnerová (2012) uvádí, že jedinci s diagnózou mentálního postižení jsou lidé preferující podnětové stereotypy a stereotypní prostředí, neboť se tak chrání před nesrozumitelným a neznámým. Nejsou tolik zvědaví, nerozumí souvislostem ve světě kolem sebe v takové míře jako lidé bez této diagnózy. Jsou závislí na druhém člověku, který pro ně představuje prostředníka mezi nimi a pro ně méně přehledným světem. Změna návyků či nová situace, které se mají přizpůsobit, dělá těmto lidem, ať už v menší nebo větší míře, obvykle potíže.

Úvahy člověka s mentálním postižením jsou ovlivněny dlouhodobým učením, které bývá v jejich případě hlavně mechanické. Rychlost učení závisí na stupni postižení, vliv zde má i to, zda bylo zanevřeno na jejich rozvoj; pokud ano, důsledkem bývá snížená efektivita učení. Co má ale na učení těchto lidí pozitivní vliv je podpoření od člověka, ke kterému mají pozitivní citový vztah. V takovém případě se učí spíše kvůli němu a pro potvrzení tohoto vztahu, neboť to, aby se něčemu učili, je u nich, podobně jako u dětí v raném věku, motivováno primárně emočně. Také se, podobně jako malé děti, nejlépe učí nápodobou. Z toho vyplývá, že pro člověka s intelektovým znevýhodněním je blízký vztah velmi důležitý, potřeba citové jistoty a bezpečí bývá velmi silnou psychickou potřebou.

Reakce na různé situace u těchto osob mohou být nestandardní, třebaže z teoretického hlediska vědí, jak se mají v dané situaci zachovat. Jejich zpracovávání

informací je od běžné populace odlišné, proto jsou nestandardní reakce na především nové, neznámé situace, pochopitelné, třebaže se daná situace změnila jen nepatrně. Pokud jedinec situaci, v níž se nachází, nerozumí, cítí se v ní být dezorientovaný, může se projevat afektivně či agresivně, neboť agrese, ať už vůči druhým či sobě, je způsobem komunikace s okolím a obranou před tím, čemu nerozumí, co není schopen zvládnout. Schopnost sebeovládání není u těchto lidí dostatečně rozvinuta. Vágnerová (tamtéž) píše, že přizpůsobit se novým situacím je těžké pro každého člověka s touto diagnózou.

3.1 Příčiny vzniku mentálního postižení

Faktory, kvůli nimž vznikne mentální postižení, lze rozdělit na endogenní (vnitřní, postižení je vrozené) a exogenní (vnější, postižení je získané). Dělit je lze také z hlediska času na příčiny prenatální (období vývoje plodu v těle matky), perinatální (období při a krátce po porodu) a postnatální (poporodní období, období pokračující v průběhu života) (Valenta, Müller, 2012).

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy. Tato porucha je multifaktoriálně podmíněná, již zmíněné endogenní a exogenní faktory zde působí ve vzájemné interakci (Vágnerová, 2012).

Prenatální období

V prenatálním období působí významně hereditární faktory, jako jsou geneticky podmíněné poruchy, zejména pak metabolická onemocnění, mezi něž řadíme například fenylketonurii nebo galaktosémii. Příčiny v období, kdy se plod vyvíjí v těle matky, mohou představovat i specifické genetické poruchy, jako jsou mutace chromozomů nebo změny jejich počtu, tedy aberace, jejichž následkem vzniká například Downův či Williamsův syndrom. Svou roli zde mohou hrát i infekční onemocnění matky, rentgenové záření, užívání drog či konzumace alkoholu v těhotenství, nebo také užívání nevhodných léků či potermínové těhotenství (Valenta, Müller, 2012). V neposlední řadě dítě dědí po rodičích rovněž intelekt (Bazalová, 2010).

Perinatální období

V období během porodu a krátce po něm může být příčinou poškození centrální nervové soustavy nezvyklou zátěží, například nedostatkem kyslíku a mechanickým poškozením mozku, další příčinou může být nízká porodní váha, nedonošenost či

dlouhotrvající porod. Valenta a Müller (2012) jako další možnou příčinu uvádí těžkou novorozeneckou žloutenku.

Postnatální období

Mezi příčiny vzniku mentálního postižení v tomto období patří například krvácení do mozku, infekce a záněty mozku, mozkové léze způsobené nádorovými onemocněními (Valenta, Müller, 2012). Poškození mozku může být rovněž způsobené úrazem hlavy (Jiráková, 2014, online).

Pro povahu této práce je zajímavé postižení vzniklé v tomto období, které je způsobené sociálními faktory (Valenta, 2012). V takovém případě hovoříme o sociálně podmíněném mentálním postižení, dříve označovaném jako pseudooligofrenie, jehož příčinou je negativní vliv vnějšího prostředí. Sociálně podmíněné mentální postižení vzniká jako důsledek nevhodné nebo zanedbávající výchovy, patologického prostředí, psychické deprivace a dalších faktorů, které zapříčiňují to, že u dítěte nedochází k rozvoji jeho kognitivních schopností úměrně jeho věku, a následkem toho se okolí jeví jako jedinec s mentálním postižením (Šebánková, Havelka, 2022, online). Za těchto okolností bývá inteligenční kvocient snížen asi o 10-20 bodů. Mezi časté projevy patří opožděný vývoj v oblasti kognitivní, řečové a schopnosti sociální adaptace, dále můžeme pozorovat hravost a infantilismu. Naproti tomu ale nebývají postiženy pohybové schopnosti. Na rozdíl od sociálně nepodmíněné mentální retardace nejde o trvalý a neměnný stav; pakliže dojde ke změně prostředí, které bylo pro dítě nepodnětné, a pokud nahradíme nevhodné výchovné působení působením vhodným, existuje zde naděje, že dojde ke zlepšení stavu jedince (Bazalová, 2010). Vágnerová (2012) upozorňuje, že míra zlepšení je těžko odhadnutelná; hraje zde svou roli i genetika. Podle Vágnerové (tamtéž) nemůžeme v případě, kdy je na vině vývojového opoždění výchova, hovořit o mentální retardaci.

3.2 Stupně mentálního postižení

Tabulka 1 *Stupně mentálního postižení*

Stupeň mentální retardace	Intelligenční kvocient
lehká mentální retardace	50-69
střední mentální retardace	35-49
těžká mentální retardace	20-34
hluboká mentální retardace	19 a méně

Zdroj: MKN-10, F70-F79, online

Vágnerová (2012) uvádí, že se ve společnosti vyskytují 3 % osob s mentálním postižením, přičemž 70 % z nich má diagnózu lehké mentální retardace.

Lehká mentální retardace

Uvažování dospělého člověka s diagnózou lehké mentální retardace je na úrovni uvažování dítěte středního školního věku, tedy dítěte v rozmezí věku 9-12 let (MKN-10, online). Takový člověk není schopen abstraktního myšlení, respektuje ale základní pravidla logiky. Dokáže se učit, může dosáhnout jisté samostatnosti a při poskytnutí dohledu a opory je pracovně zařaditelný (Vágnerová, 2012). Velká část dospělých úspěšně udržuje sociální vztahy a přispívá k životu společnosti (MKN-10, online). Řečových schopností účelně užívají v každodenním životě, člověk s lehkým mentálním postižením dokáže udržet konverzaci a podstoupit klinický rozhovor (Jiráková, 2014, online).

Střední mentální retardace

Osoba s diagnostikovanou střední mentální retardací dokáže uvažovat na úrovni dítěte věku 6-9 let (MKN-10, online). Vágnerová (2012) píše, že uvažování člověka s touto diagnózou lze přirovnat k uvažování předškolního dítěte; ne vždy respektuje pravidla logiky, učí se mechanickým podmiňováním, zvládne si především v oblasti sebeobsluhy osvojit běžné návyky a jednodušší dovednosti. Za odborného dohledu dokáže vykonávat snadné pracovní úkony. Zcela samostatný život bývá ale možný jen zřídkakdy (Jiráková, 2014, online).

Těžká mentální retardace

Člověk s těžkou mentální retardací je mentálně na úrovni dítěte ve věku 3-6 let (MKN-10, online). Jiráková (2014, online) uvádí, že u většina osob, které spadají diagnózou do této kategorie, trpí poruchou motoriky či jinou přidruženou vadou, jež prokazuje přítomnost klinicky významného poškození nebo chybného vývoje ústředního nervového systému. Takto diagnostikovaný člověk zvládne chápat základní souvislosti a vztahy, pro učení je třeba dlouhodobého úsilí a je velmi limitované, dovede jen základní úkony sebeobsluhy, z čehož vyplývá, že taková osoba je závislá na péči druhých (Vágnerová, 2012).

Hluboká mentální retardace

Jedinec s touto diagnózou je schopen rozlišovat známé a neznámé podněty, na které reaguje libostí nebo nelibostí (Vágnerová, 2012). Je nesamostatný, potřebuje pomoc při komunikaci, hygienické péči i pohybu. Myšlení odpovídá mentálnímu věku nižšímu 3 let (MKN-10, online).

4 Kvalitativní průzkumné šetření

Pro dosažení průzkumného cíle byla zvolena kvalitativní metodologie. Podle Hendla (2016) neexistuje jediný správný a uznávaný způsob, jak kvalitativní výzkum provádět nebo jak ho vymežit. I Švaříček (2007) píše, že se od sebe jednotlivé definice terminologicky liší, neboť každá tato definice poukazuje na jiný aspekt odlišení od výzkumu kvantitativního. Dle autora se toto odlišení a následná definice různí podle toho, zda se rozdíly hledají v následujících:

- použitá metoda sběru dat,
- metoda usuzování,
- typ dat,
- způsob analýzy dat.

Na základě mnoha vzniklých definic sestavují definici vlastní: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 17)

Hendl (2016) uvádí, že část metodologů vnímá tento typ výzkumu pouze jako doplněk výzkumu kvantitativního, či jako jeho protiklad. Ačkoli jsou tyto dva přístupy od sebe odlišné, nelze je chápat jako protikladné a ani se vzájemně nevylučují. Kvalitativní přístup, jak již bylo zmíněno, může doplňovat přístup kvantitativní, rozšiřovat a prohlubovat poznání a pochopení jeho výsledků (Tenny, Brannan, Brannan, 2022).

Mezi metody získávání dat v kvalitativním výzkumu podle Švaříčka (2007) patří:

- zúčastněné pozorování,
- hloubkový rozhovor,
- ohniskové skupiny a skupinový rozhovor,
- pořizování videozáznamu.

Tyto metody lze mezi sebou kombinovat.

4.1 Cíl průzkumného šetření a průzkumné otázky

Hlavním cílem průzkumného šetření je zjistit, jaké dopady má na uživatele služeb SKOKu do života ústavní výchova a péče, a to z pohledu sociálních pracovníků, kteří s těmito lidmi téměř denně pracují.

K dosažení cíle průzkumu jsem si položila celkem pět průzkumných otázek, z toho jednu hlavní a čtyři vedlejší. Otázky vznikaly na základě teoretické přípravy, rešerše literatury a skrze vlastní zkušenost získanou během mého působení v této organizaci.

Jako hlavní průzkumnou otázku jsem si kladla: „Jaké dopady má na uživatele služeb SKOKu do života ústavní výchova a ústavní péče pohledem sociálních pracovníků?“

Na základě této otázky jsem si položila dílčí průzkumné otázky, které hlavní otázku doplňují a mají vést k jejímu zodpovězení. Jedná se o následující:

DVO1: Jak hodnotí sociální pracovníci adaptaci klientů na neústavní prostředí?

DVO2: Jak sociální pracovníci hodnotí sociální fungování klientů, kteří mají zkušenost s ústavní výchovou či péčí?

DVO3: Jakými způsoby se podle sociálních pracovníků dají dopady ústavní výchovy a péče zmírnit?

DVO4: Co považují sociální pracovníci za největší úskalí ústavní výchovy a péče?

4.2 Zvolená metoda sběru dat a etické aspekty průzkumu

Metodou, kterou jsem zvolila pro získání dat potřebných k dosažení cíle průzkumu, je kvalitativní dotazování, konkrétně polostrukturovaný rozhovor, jenž je někdy označován také jako rozhovor semistrukturovaný, řízený, či rozhovor s návodem (Sedláková, 2014).

Pro tento typ rozhovoru jsem se rozhodla z toho důvodu, že ačkoli si tazatel dopředu připraví otázky, má možnost je během rozhovoru přeformulovat, změnit jejich pořadí, pokládat otázky doplňující či některé předpřipravené otázky zcela vynechat, pokud na ně informant odpoví v rámci jiné otázky, což se mi, pro účely rozhovoru a udržení jeho dynamiky, jevílo jako nejvhodnější. Švaříček (2007) uvádí, že se jedná o hloubkový typ rozhovoru a je nejčastěji volenou metodou, co se sběru dat v kvalitativním výzkumu týče.

Realizace rozhovoru má své zásady, které popisuje Chráska (2016); dle něj by měl rozhovor probíhat vždy v soukromí, nikoli v přítomnosti osob, jichž se rozhovor netýká,

zároveň by měl být realizován v přirozeném prostředí a mělo by na něj být vyhraněno dostatečné množství času. Důležité je rovněž takové navázání kontaktu s informantem, aby byl motivován ke spolupráci. Hendl (2016) píše, že tazatel by měl s informantem vytvořit vztah vzájemné důvěry, měl by mít citlivý přístup, být vstřícný a projevovat zájem o odpovědi dotazovaného, s čímž souvisí i schopnost naslouchání a reagování na odpovědi tak, aby byl tazatelův zájem doopravdy zřejmý. Také je třeba nechat tázanému dostatečný časový prostor pro jeho odpovědi, nespěchat na něj. Chráska (2016) dále uvádí, že kromě navázání vztahu tazatele a informanta má vliv také tazatelova úprava zevnějšku a nepochybně jeho osobnostní charakteristiky společně s jeho chováním v průběhu rozhovoru. Důležitou zásadou je zachování neutrálního postoje k informacím, které jsou nám sdělovány, dotazovaného ani jeho odpovědi neposuzujeme (Hendl, 2016).

Při provádění průzkumu jsem se držela etických zásad. Informanti byli seznámeni s účelem rozhovoru a byl jim stručně nastíněn cíl bakalářské práce. Dále jim bylo před zahájením rozhovoru sděleno, že jejich účast v průzkumu je zcela dobrovolná a rozhovor mají právo v jeho průběhu kdykoli ukončit či odmítnout odpovědět na pokládané otázky. Rovněž byli informováni o zachování anonymity, což znamená, že se v práci nebudou vyskytovat jejich jména. V tomto případě je však zachování anonymity sporné, neboť je již v názvu této práce uváděn název organizace a jsou uvedeny pozice, na kterých informanti pracují, na což bylo však před začátkem rozhovoru upozorněno. Informanti souhlasili s pořízením audionahrávky rozhovoru za podmínky, že nebude nijak šířena a bude po přepisu smazána.

4.3 Průzkumný soubor

Průzkumným souborem jsou sociální pracovníci, kteří působí v organizaci SKOK do života. Pro zařazení sociálního pracovníka do průzkumného souboru byla, mimo to, že je sociálním pracovníkem, stanovena následující kritéria:

- délka praxe v této organizaci minimálně 5 let,
- zkušenost s prací s uživateli, kteří prošli ústavní výchovou či ústavní péčí.

Průzkumný soubor sestává celkem ze čtyř informantů, z nichž dva se o účast ve průzkumu přihlásili sami, další dva informanti pak byli do tohoto souboru zařazení na základě doporučení mými kolegy, neboť sama v jedné ze služeb této organizace pracuji. Jednoho z doporučených informantů jsem kontaktovala sama, kontakt se čtvrtým

informantem mi byl zprostředkován jiným členem průzkumného souboru. Na mé cestě za sestavením průzkumného souboru nevystaly nijak velké překážky.

Rozhovory byly realizovány ve víceméně tichém a klidném prostředí, a to konkrétně na půdě organizace SKOK do života v kancelářích, jež informantům poskytovaly pohodlí a soukromí v průběhu získávání potřebných dat.

Tabulka 2 *Průzkumný soubor*

informant	délka praxe v organizaci	pracovní pozice
I1	7 let	pracovník sociální rehabilitace, dříve pracovník chráněného bydlení
I2	5 let	pracovník podporovaného bydlení
I3	7 let	pracovník sociálně terapeutické dílny, dříve pracovník chráněného bydlení
I4	6 let	pracovník chráněného bydlení

4.4 Analýza a interpretace dat

Účelem průzkumného šetření je zodpovědět hlavní průzkumnou otázku, jež je uvedena v kapitole 4.1. K jejímu zodpovězení vede zodpovězení otázek dílčích (DVO), které jsou v kapitole taktéž uvedeny. K odpovědím na tyto otázky docházím skrze analýzu a interpretaci dat.

Interpretace DVO1: „*Jak hodnotí sociální pracovníci adaptaci klientů na neústavní prostředí?*“

Přechod z ústavního prostředí do běžného života je pro jedince, jež je na chod a řád ústavního zařízení zvyklý, velice těžké, o čemž píše autoři zabývající se touto problematikou, a také na to upozorňují informanti. **I1:** „*Velice často byl v ústavu úplně jiný režim, než byl pak na chráněném bydlení, což všechny taky dost rozhodilo.*“ **I2:** „*Já si myslím, že úplně na začátku měli strach z té změny, všechno bylo nové a jiné...*“ **I4:** „*V těchhle zařízeních je život často úplně jiný, než je ten život venku, tak je pak velice těžké si na něj zvykat.*“

Informanti I2 a I3 se shodují, že problematické bylo pro uživatele služeb hospodaření se společnými potravinami v domácnosti. **I2:** „*Velkým problémem byly krádeže jídla, protože jak byli z toho ústavního zařízení zvyklí, že je všechno pod zámkem a dostávají všechno na přiděl, protože neměli ledničku, do který mohli jít, dostali*

maximálně nějaký kapesný, tak potom první, co bylo, když měli lednici, která tam pro ně byla pořád, tak z ní kradli věci a syslili si je v pokoji, kde jim to pak třeba i hnulo. “ I3 má s krádeží potravin obdobnou zkušenost. **I3:** „*Nám se třeba stávalo, že pravidelně mizely banány z lednice. Oni byli z ústavu zvyklí, že si mohli dát jenom jeden banán na ten den třeba k tý svačince, a já jsem třeba koupila 3 kila banánů a ty 3 kila zmizely během jedné noci...*“ I2 doplňuje, že tyto problémy přetrvávaly i několik let po přechodu z ústavního zařízení do neústavního prostředí. **I2:** „*Zavalená skříň plesnivým jídlem nebyla ani po čtyřech letech výjimkou.*“ I3 toto chování zdůvodňuje jakýmsi nenasyčením, a rovněž zmiňuje, že u některých klientů toto chování i nadále přetrvává. **I3:** „*Je to tak, že u některých to nasycení nikdy nepřijde, a holt je pak potřeba jim to jídlo nějakým způsobem dávkovat.*“

Podle výpovědi **I2** se shromažďování netýká pouze potravin: „... *u některých přetrvává potřeba shromažďovat nejrůznější věci, nasycují se dopředu, jsou poznamenáni tím, že měli různých věcí nedostatek a je v nich zakořeněný, že když to můžu mít, nasyslím to, nashromažďuju. Mají potřebu něco mít, vlastnit a mít toho hodně na horší časy, který už ale zažili.*“

I4 říká, že bylo pro klienty těžké pracovat se svobodou a zodpovědností, kterou po opuštění institucionálního zařízení získali, z čehož podle I4 pramení i ostatní problémy. **I4:** „*Podle mě vše souvisí s nově nabytou svobodou rozhodování se a zodpovědností, a to ať už třeba v hospodaření s potravinami, tak i s penězi... Později se hůře hledala hranice každé té svobody a s tím související zodpovědnost.*“ O zodpovědnosti hovoří i informant I1. Podle něj nejsou někteří klienti ochotní převzít odpovědnost za svůj život. **I3:** „... *máme klienty, který doteď, pokud mají nějaký problém, nebo se jim v životě nedaří tak, jak by chtěli, svalují to na ten ústav nebo organizaci, nechtějí přijmout odpovědnost za svůj život a chtějí, aby za ně ty věci někdo pořád řešil.*“

Tématem, o kterém mluvili všichni informanti, je hygiena. Informanti se shodují, že klienti, kteří pobývali v ústavním zařízení, s ní měli potíže, což se podle jejich výpovědí u uživatelů služeb, kteří do organizace přichází z rodin, nestává. **I4:** „*Pokud platí něco obecně, tak já vidím klienty z rodiny jako velmi dobře opečované lidi, kteří mají standardní sociální a hygienické návyky.*“ **I2:** „*Lidi z rodinného prostředí mají hygienu jako naprosto automatickou věc bez jakéhokoli připomínání, kdežto lidi z ústavu jsou zvyklí, že je v osm někdo nahnal do sprchy a na chráněném bydlení u nich ta automatizace hygieny pak chybí, doteď mají problém udržovat základní hygienu, je to u nich opravdu pravidlem.*“ **I3:** „*Pak mě napadá určitě špatná hygiena a celkově takový to, jako že když*

přijdu z venku, tak se převlíknu do nějakýho domácího oblečení, nebo že si umývám ruce před jídlem a po jídle. Tam je velikánskej rozdíl mezi těma lidma, který vyrůstají v ústavní péči a mezi lidma, který jsou z rodin a jsou opravdu vycepaný, protože ty rodiče opravdu vidí, kdy jdou na záchod a hlídají, jestli si potom ty ruce umyjou a tak.“ Dle I3 mají klienti s dodržováním hygieny stále potíže a musí na jejím dodržování za podpory pracovníků stále pracovat, s čímž souhlasí I2: „Někdo si nese ty špatný základy hygieny, jsou tam velký rezervy, nemají to zakořeněný, neberou to jako automatickou věc ale jako něco, čím je prudit pracovník.“

I1 říká, že se problémy vyskytovaly i v kontextu práce se svým soukromím. Dle informanta souvisí tento problém s tím, že se v ústavním zařízení klientům příliš soukromí nedostávalo, což se dle I1 projevovalo tak, že *„ti lidé nechtěli být sami, a to kdekoli. Třeba na záchodě nebo ve sprše, tam nastával problém, že si třeba nechtěli zavírat dveře.“*, s čímž souhlasí i I3: *„Měla jsem třeba klientku, která se bála být sama v místnosti, protože nikdy sama nebyla. Nebo svoje intimní věci, nebo i intimní partnerské věci, jim nevdí provádět před jinými osobami. Svléknou se klidně uprostřed místnosti, chybí jim nějaký zdravý stud.“*, což informant vnímá jako následek toho, že v institucionálních zařízeních byli tito lidé ubytováni po více osobách, a tudíž jim nevdí svlékat se před druhými osobami, či s nimi sdílet toaletu a koupelnu. Dále rovněž nemají problém se sdělováním svých soukromých informací druhým lidem. I1: *Co bylo velice častý, tak sdělování soukromých a intimních věcí všem jak pracovníkům, tak ostatním lidem, co třeba v zařízení bydleli. Ti lidé jako netušili, že maj vůbec právo na svoje vlastní soukromí, a co to vlastně to soukromí je.“*

I3 zmiňuje, že u lidí se zkušeností s pobytem v ústavním zařízení chybí vnitřní motivace a motivovat tyto lidi k nějaké změně či aktivitě je velmi těžké. I3: *„Pro mě bylo strašně těžký je k čemukoliv namotivovat. Chybí u nich motivace k nějakýmu lepšímu životu.“* Informant spojuje absenci motivace se vztahem k sobě samému, čímž myslí následující: *„Nějaké sebevědomí, touhy a cíle, to, kam by to chtěli dotáhnout. Že by třeba chtěli jet k moři, nebo že by chtěli někdy pracovat.“*

Dílčí závěr DVO1

Sociální pracovníci vnímají u uživatelů, kteří mají zkušenost s pobytem v institucionálním zařízení, potíže v následném fungování v neústavním prostředí hned v několika oblastech, a to nejvýrazněji v oblasti hospodaření s potravinami, v oblasti

hygieny a v oblasti soukromí, se kterým neumí pracovat, protože ho v ústavním zařízení neměli. Problémy vyvstávají i v oblasti převzetí jakési odpovědnosti za svůj život a svá rozhodnutí, neboť jsou klienti z ústavních zařízení zvyklí, že problémy za ně řešil někdo jiný, ne oni sami, a proto mají tendence vinit za nezdary v jejich životě druhé. Lze u nich pozorovat i absenci motivace k nějaké změně.

Některé potíže, s nimiž se po opuštění institucionálního zařízení uživatelé služeb při adaptaci na neústavní podmínky potýkali, se ne u všech podařilo zcela odstranit a přetrvávají tak až do dnešních dnů, a to i po několika letech od odchodu z ústavního zařízení. Mezi přetrvávající problémy můžeme zařadit krádeže společných potravin, tendence k přejídání a shromažďování jídla, ke kterému v ústavním zařízení neměli přístup, a i shromažďování různých jiných věcí. Dále lze pozorovat problémy s hygienou a dodržováním základních hygienických návyků, jako je například mytí rukou po použití toalety.

Interpretace DVO2: „*Jak hodnotí sociální pracovníci sociální fungování klientů, kteří mají zkušenost s ústavní výchovou či péčí?*“

Oblastí, která bývá u osob majících zkušenost s ústavní péčí nějakým způsobem narušená, je oblast vztahů. Vztahy, které v ústavních zařízeních vznikají, jsou podle I3 založené na jakési hierarchii a jsou ovlivňovány snahou získat si v ústavním zařízení své postavení a také pozornost pracovníka. **I3:** „*Je to hodně těžký, ty vztahy tam jsou hodně narušený a je jich tam nedostatek, mají je jen v rámci toho ústavu, třeba s nějakýma klientama, ale většinou to je jen o nějaký hierarchii a tom si vydobýt nějakou pozici a získat co nejvíc pozornosti od pracovníka.*“ Snaha a soutěžení o získání pozornosti přetrvává u těchto lidí i po opuštění ústavního zařízení, a jsou schopni o ni usilovat jak pozitivními, tak i negativními způsoby, jak popisuje **I2:** „*Pozitivním, že chtějí dělat pracovníkovi kávu, chtějí s ním trávit čas a negativním, že když se mi pracovník dostatečně nevěnuje, tak budu vyhrožovat, že půjdu skočit pod vlak, začnu si rvát vlasy a pozornost si získám.*“ Další způsob, jímž si klienti snažili získat pozornost, byl fyzický kontakt, jak popisuje informant **I3:** „*...ty lidi byli hodně haptický, takže se snažili na pracovníky sahat a vyžadovali od nich třeba pohlazení po vlasech. A hlavně ti z dětských domovů, který pak šli do další ústavní péče, ti vyžadovali, abysme je objali, nebo abysme je pohládili, což jsme samozřejmě nedělali.*“

Zatímco je toto chování pro ty, kteří přichází z ústavní péče, něco typického, podle I3 se toto chování u osob, jež přicházejí z rodin, neobjevuje. **I3:** „... *mně přijde, že ty lidi, který jsou z rodin, mají už v sobě většinou nějaký... Nevím, jak to říct, nějakou jistotu. A ti třeba ani tak velkou pozornost toho pracovníka nepotřebují.*“

Podle I4 se těžko pracuje právě se sociálními návyky, které uživatelé, u nichž absentuje rodina, mají. **I4:** „... *myslím si, že nejhůře jdou změnit sociální návyky v mezilidských vztazích. Což asi plyne hlavně z absence rodiny, ne přímo z pobytu v ústavu.*“ Informant dále doplňuje: „... *dala se pozorovat potřeba zásluhy, touha po pozornosti, soutěživost...*“ Soutěživost zmiňuje v tomto ohledu i **I2:** „...*vnímám u nich větší soutěživost o tu svou pozici; chci být nejvíc oblíbená, mít největší pozornost pracovníka.*“

Jako problematické u uživatelů služeb se zkušeností ústavní péče vnímá I1 navazování vztahů. **I1:** „*Myslím si, že tahle složka je u nich tak strašně narušená, že se u většiny nezmění. To znamená rychlé navazování intenzivních vztahů; půjdu kamkoli s tím, kdo mě má aspoň trochu rád, nebo mě třeba jen pochválil.*“ Informant uvádí, že toto chování je jen jedním ze dvou vzorců. **I1:** „*Jsou dva extrémy. První je ten, kterej se nafixuje na každého, ať už se jedná o pracovníka nebo uživatele, a to velice silně, což ale třeba po pár dnech pomine, anebo ne a stupňuje se to. Druhý je zas ten, který je tak emočně oploštělý a tak uzavřený, že má obrovský problém s tím někým navázat vztah, a natož pak někomu důvěřovat.*“ Nedůvěra a pochybnosti mohou souviset se špatnou předchozí zkušeností, o které mluví **I3:** „*Mají vztahy s nějakýma pracovníkama, ale myslím si, že i u nich se dost spálili. Kolikrát se mi stalo, že mi někdo řekl: „Ty stejně odejdeš na mateřskou a všechno tady bude jinak.*“

Jen málo uživatelů služeb, přestože byli v ústavní péči, mají rodinu. **I4:** „*Velká většina našich US, kteří si prošli ústavním typem zařízení rodinu nemají nebo jsou bez kontaktu a pokud jim někdo z rodiny zůstal, tak to není úplně standardní vztah.*“ O nestandardních vztazích mezi těmito klienty a rodinou mluví i **I3:** „*Někteří tu rodinu mají jako na piedestalu, mají ji strašně rádi, přesto jak se k nim třeba zachovala. Někteří si vůbec nepamatují, že nějakou rodinu měli, a někteří svoji rodinu nenávidí. Ani jeden z těch modelů podle mě není správný.*“

I3 vidí pro vztahovou oblast jako problematické, že si lidé v institucionálních zařízeních nepamatují svou minulost, nemají na ni vzpomínky, jež jsou pro člověka bezpochyby velmi důležité. **I3:** „*Určitě bylo jasně vidět, že tu těch lidí je nějaký nedostatek vztahů a nějakých kořenů. Ty lidi si s sebou nepřinesli žádnou fotku z mládí*

*nebo z dětství. Vlastně si kolikrát sami ani nepamatovali, jak ten jejich život běžel, nemají připravenou nějakou složku, aby řekli: „Jo, tady mi bylo 5 a naučil jsem se jezdit na kole.“ Vlastně si s sebou nic nenesou. Oni jdou z toho ústavu do jinýho ústavu a nesou si s sebou to, co zrovna mají, třeba klávesnici nebo nějakou mobil. Nemají s sebou žádný vzpomínky. A hodně lidí si ty vzpomínky ani nepamatuje, takže je pak těžký s tím nějak pracovat. Jsou hodně vykořeněný, chybí jim nějaký vazby, nemají komu poslat na Vánoce pohled nebo dopis.“ Informant mluví v této souvislosti i o vztahu k sobě samému, který je podle informanta u těchto lidí nějakým způsobem narušený. **I3:** „Pak to bude nějaký zdravý sebevědomí a vztah k sobě samému. A to si myslím, že je spojený právě s těma vztahama a s tím, že si třeba nepamatuji svoji minulost, že nemají žádný zážitky z dětství, že si s sebou nenesou z té ústavní péče žádný vzpomínky, žádný fotky, alba, a nebo to prostě po cestě někde ztratěj.“*

Dílčí závěr DVO2

Z výpovědí informantů vyplývá, že sociální fungování, navazování a udržování zdravých vztahů, je u uživatelů služeb se zkušeností s pobytem v ústavním zařízení problematické, a to patrně z toho důvodu, že v ústavním zařízení jsou klienti vztahově deprivováni, a když už v takovém zařízení vztahy vznikají, jsou založené převážně na hierarchii.

Tito klienti mají potřebu získat si pozornost ze strany sociálních pracovníků, již se snaží získat jak pozitivními, tak i negativními způsoby. Pozitivní způsob může znamenat snažit se udělat pro pracovníka něco hezkého, jako negativní způsob byla zmíněna forma sebepoškození či vyhrožování sebevraždou. Pozornost si chtěli v minulosti získat i fyzickým kontaktem, například vyžadováním pohlazení. Aspektem, který se u těchto klientů objevuje, je soutěživost, která může souviset se snahou získat si pozornost a být oblíbený.

Co se navazování vztahů týče, na základě výpovědí můžeme rozlišit dva případy: prvním případem jsou uživatelé přicházející z ústavního prostředí, kteří navazují intenzivní vztahy ve velmi krátkém časovém úseku, druhým případem jsou pak ti, kteří mají problém navázat s kýmkoli vztah, jsou velmi uzavření a nedůvěřiví, což může souviset s předchozí negativní zkušeností.

Rodinné vztahy, pokud u těchto klientů nějaké existují, jsou podle informantů nějakým způsobem narušené a nestandardní.

Interpretace DVO3: „Jakými způsoby se podle sociálních pracovníků dají dopady ústavní výchovy a ústavní péče zmírnit?“

Ačkoli jsou dopady ústavní výchovy a péče něčím, co je těžko napravitelné a odstranitelné, dá se s nimi nějakým způsobem pracovat a modifikovat je. Podle sociálních pracovníků je v tomto případě zapotřebí trpělivého přístupu, a to zejména při práci s klienty bezprostředně po jejich přechodu z ústavního prostředí do prostředí neústavního.

I1: „Co se týče práce s klientem po těsném příchodu z ústavní péče, je to hlavně o trpělivosti...“ **I4:** „Důležitá je podpora v novém prostředí a nevytvářet nátlak k novým návykům, je zapotřebí dostatek času a motivace.“

Informant I1 dále hovoří o důležitosti sjednocení sociálních pracovníků a jejich postupů práce na jednotlivých službách. **I1:** „Na každé naší službě se pracuje na něčem jiném, a je potřeba to mít sjednocené, proto všichni pracujeme stejně a na stejných principech... Když všichni pracujeme stejně a těm lidem se vytvoří podmínky pro to, aby se v nich mohli učit, a hlavně aby se v nich cítili dobře a bezpečně, začnou se dít divy.“ O bezpečí hovoří v kontextu adaptace na mimoústavní prostředí i **I3:** „Udržet je v nějaký bezpečný síti a pomoci jim, aby se zvládali v tom novém životě orientovat.“ I1 a I4 se shodují na tom, že klienti potřebují mít správný vzor, od kterého se mohou učit: **I4:** „Funguje také být dobrým vzorem.“ **I1:** „Navíc jedeme heslo „pracovník je vzor“, a to taky dělá strašně moc.“

I2 hovoří o důležitosti individuálního přístupu k uživatelům služeb. **I2:** „Určitě bych zmínila individuální přístup ke klientům dle jejich potřeb. Péče a podpora se neposkytuje tak jako plošně, ale tak, jak ten daný klient potřebuje a chce...“

Další pohled nabízí I3, podle nějž je v tomto případě důležité poskytnout klientům jak bezpečí, tak je konfrontovat za podpory s realitou **I3:** „Pak si myslím, že ukázat jim nějakou reálnou zpětnou vazbu a ukázat jim, jak to v životě chodí, být takovým průvodcem toho běžného života.“ Informant dále hovoří o předání zodpovědnosti za klientův vlastní život do jeho rukou, dát klientům „nadhled na jejich život tak, aby se postavili na vlastní nohy, aby převzali celý život do vlastních rukou, aby našli nějakou svojí vnitřní sílu a věděli, že oni jsou ti, kteří jsou za ten svůj život zodpovědní, a ne nějaký pracovník, a že jejich život nekončí tím, že pracovník odchází na mateřskou, ale pokračuje

dál a je to jejich zodpovědnost.“ O zodpovědnosti se zmiňuje i **I2**: „*Taky snažit se jim odpovědnost za život předávat zpátky, hlavně v oblastech, ve kterých to zvládnou.*“ Podle informanta je jednou z takových oblastí například hospodaření v domácnosti, ale patří sem i převzetí zodpovědnosti za svůj zdravotní stav a svobodné rozhodování, které se se zodpovědností pojí. **I2**: „*... rozhodují o svém stravování, svých dietách, chodí k doktorům a znají výsledky vyšetření, jsou informováni a je to prostě celý na nich, třeba když mu hrozí cukrovka, tak dostane maximální možnou podporu a informace o tom, co by měl a neměl, ale výsledný jednání je jen a jen na něm.*“ Svobodu rozhodování sociální pracovníci svým klientům tedy nijak neupírají. Jejich prací je klientům pomoci činit taková rozhodnutí, která pro ně i pro jejich okolí budou bezpečná. **I3**: „*Ve chvíli, kdy se ten člověk rozhodne a vidí, že teď je pryč z tý ústavní péče a že ty věci můžou jít podle toho, jak si on bude přát, tak ho nasměrovat a pomoci mu najít takovou cestu, která bude pro něj i pro společnost bezpečná.*“ Nicméně konečná rozhodnutí nechávají sociální pracovníci na svých klientech. Dle výpovědi informanta došlo v minulosti k tomu, že si někteří klienti zvolili takovou cestu, která bezpečná nebyla. **I3**: „*... každý má asi právo si tu cestu zvolit sám. Naštěstí těch případů neznám mnoho. Ale vím o lidech, kteří se rozhodli a jsou například promiskuitní, nebo zkouší drogy.*“

Prostor pro děláni chyb a pro možnost poučit se z vlastního jednání je rovněž důležité, a to například v oblasti stravování. Když u klientů po přechodu z ústavního zařízení přetrvávala potřeba přejídat se, sociální pracovníci jim k tomuto jednání dali prostor, čímž jim poskytli možnost k získání zkušenosti a k vlastnímu poučení, na základě něž mohlo dojít k následné změně tohoto jednání. **I3**: „*No prostě jsme kupovali ty banány tak dlouho, dokud tam nezůstaly, dokud se ty lidi nenasytili... U někoho se stane to, že mu je párkrát špatně, pozvrací se, a pak je schopen si nastavit nějakým způsobem zdravý stravování nebo nějaký stravovací režim tak, aby mu to vyhovovalo.*“

Pro to, aby se v životě klientů mohlo něco změnit, je zapotřebí, aby měli k této změně motivaci, která podle I3 u těchto klientů chybí, protože jim chybí cíl, u něž by věřili, že ho mohou dosáhnout. Podle informanta je dobré ukázat těmto klientům, na co v životě mohou dosáhnout a motivaci u nich takto vyvolat. **I3**: „*My jsme třeba brali naše klienty k moři, aby ho viděli, aby vůbec ten cíl měli, protože pro ně bylo nepředstavitelný, že by někdy někam takhle mohli jet. Takže jim dopřát zážitky, aby je potom sami chtěli zažívat, a aby šli tou správnou cestou.*“ Motivovat tyto klienty je důležité i v oblasti hygieny, se jejímž dodržováním, jak z průzkumu vyplývá, mají stále potíže. Podle I3 se dají uživatelé

služeb motivovat k hygieně těmito způsoby: „*například pořádáním plesů, oslav, návštěv, večírků, nebo možností získat lukrativní pracovní místo.*“

Co při práci s těmito klienty ne zcela funguje, jsou podle informantů metody sociální práce, protože je tito klienti z ústavních zařízení dobře znají a rozumí jim. **I3:** „*Ty lidi z ústavního prostředí jsou opravdu otrnuli a znají většinou dost dobře všechny metody sociální práce, který na ně kde kdo zkoušel a úplně nenaletí. Přijde mi, že jsou, když to řeknu tak jako v uvozovkách „chytřejší“, že se museli protlouct tím ústavem, takže se nenechají utáhnout na vařený nudli, když bych to tak řekla. Oni se setkali za svůj život se spoustou pracovníků, který na ně zkoušeli různé techniky, aby je dostali tam, kam potřebovali. Měla jsem klientku, která na mě ty metody sociální práce zkoušela, a dokonce skvěle ovládala náš jazyk.*“ S tímto souhlasí **I1:** „*... lidé z ústavů mají většinou perfektně zámáknuté techniky a metody sociální práce a moc rádi, je na Vás použijí. Přijde mi, že moc rádi pracovníky testují, hlavně když jde třeba o hranice.*“

Dílčí závěr DVO3

Dle informantů je při práci s uživateli přicházejících z ústavních zařízení zapotřebí trpělivosti. Za důležité rovněž považují mít sjednocený přístup a sjednocené postupy práce na všech službách, kterými klienti prochází, aby získali jakousi stabilitu a s ní spojený pocit bezpečí, který je potřebný k tomu, aby si věci, jež jsou pro ně nové, mohli osvojit a naučit se je. Sjednocené postupy jsou podstatné i proto, že v organizaci platí pravidlo „pracovník je vzor“, od nějž se uživatelé služeb učí novým věcem, zároveň je ale potřeba ke klientům a jejich potřebám přistupovat individuálně. Důležité pro dosažení nějaké změny je také předat uživatelům služeb zodpovědnost za jejich život do vlastních rukou, nechat je dělat svobodná rozhodnutí, třebaže nejsou správná. Pro to, aby klienti chtěli změny dosáhnout, je také potřeba je nějakým způsobem motivovat, ukázat jim dosažitelné cíle, o kterých třeba ani nevědí, že by mohli mít.

Interpretace DVO4: „Co považují sociální pracovníci za největší úskalí ústavní výchovy a péče?“

Dle I1 patří mezi úskalí této formy péče nedostatek soukromí, které klienti těchto zařízení mají. **I1:** „*Za mě určitě nedostatek soukromí, kdy lidi často nemají ani vlastní pokoj, kde se můžou zamknout, žijí v pokoji s člověkem nebo lidmi, který si nevybrali, nemají čas o samotě, kde by se mohli věnovat věcem, který patří jenom jim.*“ Nedostatek

soukromí v těchto zařízeních kritizují i informanti I2 a I3, kteří v rozhovoru uvedli, že tento faktor má na klienty negativní vliv i v pozdějším životě (viz DVO1).

I3 považuje za problematické, že si z ústavní péče lidé nenesou vzpomínky na svůj život, s čehož podle informanta pramení pozdější problémy ve vztazích jak k druhým lidem, tak k sobě samému (viz DVO2).

Informanti negativně hodnotí i individuální práci s klientem, které je podle nich v institucionálních zařízeních nedostatek. **I2:** „*Nedostatek individuální podpory a péče. A nedostatek personálu. To, že nemají individuální péči dává smysl, protože tam není nikdo, kdo by s nimi individuálně pracoval, nejde pracovat individuálně s dvaceti lidma, co má jeden člověk na patře.*“ O individuální práci mluví i **I1:** „*... největší problém je ten, že tady chybí individuální práce. To je podle mě to nejdůležitější. Čas věnovaný jedné osobě. Vytváření podmínek pro lepší práci. Vytváření podnětů. Tohle tam prostě není.*“ Málo prostoru pro individuální práci souvisí podle I1 s nedostatkem personálu v těchto zařízeních: „*Spousta klientů, málo pracovníků. Moc práce a stále málo pracovníků, takže pak není divu, že v ústavní péči se prostě obstarají základná úkony u těchto lidí a jede se dál na další pokoj, hlavně, aby se to stihlo. Je to velká škoda. Myslím, že kdyby bylo víc pracovníků, více času pro individuální práci, byli by spokojenější jak pracovníci, tak klienti.*“ S tímto souhlasí i **I4:** „*Je tam hodně klientů, ale pracovníků, aby se mohli všem věnovat, už tolik ne.*“

Dalším problémem, který informanti v tomto případě spatřují, jsou pravidla, která v ústavních zařízeních platí. Nejsou totiž podle nich shodná s pravidly, která platí mimo ústavní zařízení. **I4:** „*Určitě to budou taky ústavní pravidla a často naprosto odlišný život, než je život venku mimo ústav.*“ **I1:** „*Život v ústavu si žádá určitá pravidla, která ale neplatí v neústavním prostředí. Proto tito lidé byli často zmatení.*“ **I2:** „*Jako velkej problém vidím taky to, že člověk je vyčleněnej z běžný společnosti, je součástí společnosti v tom ústavu, která funguje jinak, podle svejch vlastních pravidel.*“

Dále vnímá I2 jako problematický přísný denní režim, který v ústavních zařízeních dle informanta mají. **I2:** „*Určitě denní striktní režim bez ohledu na potřeby jedince.*“ Podle I1 je ale režim něco, co není vždy zcela na škodu. **I1:** „*Nemluvím teď o režimu, ten je fajn mít a u spousty lidí je to skvělá věc.*“

I3 zmiňuje absenci stabilního vzoru, od kterého se klienti mohou učit. **I3:** „*Ti pracovníci se tam opravdu často mění, ty lidi tam zůstávají a když se bavíme o tom, že ten člověk v tý ústavní péči může bejt třeba 20, 30, někdy i 40 let, tak si vezměte, jaká masa pracovníků se tam vystřídá během těch let? A nejhorší na tom je, že s každým*

pracovníkem, kterej tam přijde, je ta péče trošku jiná, že jo?... Je to fakt těžký v tomhle pak žít, když vlastně nemají ten vzor. Aspoň já z toho mám takovej pocit, že tam chybí stabilní vzor, od kterýho se ti lidi učí.“

Informanti se shodují i na tom, že systém, který v ústavních zařízeních funguje, se příliš nemění. **I1:** „Spousta ústavů ještě funguje bohužel tak, jak začaly fungovat v dobách, kdy je někdo postavil. Spousta budov i tak vypadá. Představte si, že žije v pokoji, kde bydlí dalších osm lidí, na oknech máte mříže a postel je železná a vrže při každém pohybu. To je strašný. V takovémhle nepodnětném prostředí se prostě nemůže nikdo hnout nikam, žádným směrem. V takovém prostředí musí být strašně těžký hledat motivaci.“ **I3:** „Myslím si, že to je zkostnatělý systém.“ O zkostnatělosti mluví i **I4:** „Často se v těchto zařízeních používají zkostnatělé přístupy v práci s klienty, to taky není úplně v pořádku.“ **I3:** „Je těžký tam pak i něco změnit, i když tam přijdete s nějakým nápadem, je to strašně těžký probojovat a změnit.“

Dílčí závěr DVO4

Informanti vnímají jako úskalí ústavní péče to, že klientům není v ústavních zařízeních dopřáno soukromí, ze čehož pak pramení problémy, které klienti v životě mimo instituci mají.

Dalším nedostatkem, na kterém se informanti shodují, je individuální péče, která v těchto zařízeních podle informantů není poskytována v dostatečné míře. Jako důvod vnímají skutečnost, že je v institucionálních zařízeních mnoho klientů a nedostatek pracovníků, kteří by se jim mohli individuálně věnovat.

Problémem jsou dle informantů rovněž pravidla, jež jsou pro život mimo ústav neplatná. Proto se klienti v běžném, neústavním prostředí hůře orientují, když opustí zařízení, ve kterém byli na daná pravidla zvyklí.

Jako problematické vnímají informanti přístupy, které pracovníci v těchto zařízeních při práci s klienty uplatňují. Dle informantů jsou pracovní přístupy v ústavních zařízeních zastaralé, systém péče a podpory, která je uživatelům poskytována, se v těchto zařízeních podle informantů příliš nemění.

Za další problém je jedním z informantů považována absence stabilního vzoru, neboť se v ústavních zařízeních často střídají pracovníci a s nimi i postupy, které při práci s klienty volí. Pro klienty je pak těžké se něčemu naučit, protože mají příliš vzorů, podle kterých se mají řídit.

4.5 Diskuse výsledků průzkumného šetření

Výsledky průzkumného šetření obsahují jak dopady, které na uživatele služeb SKOKu do života ústavní výchova a péče má, tak i možné příčiny těchto dopadů, úskalí této formy výchovy a péče a způsoby, jakými se dá s těmito dopady pracovat (v případě, kdy jsou nějakým způsobem modifikovatelné).

Mezi dopady, které sociální pracovníci u svých klientů pozorují, patří základní hygienické návyky, které si v institucionálním zařízení klienti neosvojili. I po několika letech života v neústavním prostředí pak mají s dodržováním hygieny potíže. Dalším dopadem, který lze pozorovat, jsou potíže ve společném hospodaření s potravinami. Ty patrně pramení z toho, že v ústavních zařízeních neměli klienti přístup k zásobám potravin, nemohli se s nimi proto naučit hospodařit, což má podle sociálních pracovníků takový následek, že když přešli tito uživatelé služeb do neústavního prostředí, konkrétně na chráněné bydlení, docházelo ke krádežím společných potravin, přejídání se nebo shromažďování velkého množství jídla v pokojích. Shromažďování se v jejich případě navíc netýká pouze potravin, ale i jiných věcí, což sociální pracovníci zdůvodňují celkovým nenasycením a tím, že v ústavních zařízeních neměli mnoho věcí, které by byly jejich vlastní. Shromažďování věcí se tak stává jakousi pojistkou pro případ, že by nastaly „horší časy“. Problémy se u těchto klientů vyskytují také v oblasti práce se svým soukromím, kterého se jim dle sociálních pracovníků v institucionálním zařízení nedostávalo; neměli prostor pro to, aby mohli být někde sami. Proto často ani po přechodu z těchto zařízení nechtěli být klienti sami v místnosti. Dále také neměli problém jak se sdělováním svých osobních informací ostatním, často i cizím lidem, tak se svlékáním se před ostatními nebo prováděním jiných, intimních věcí za přítomnosti druhých. Chyběl jim zdravý stud. V institucionálním zařízení tyto věci běžně prováděli před ostatními klienty, proto je pro ně toto chování normou. Tito klienti mají stále potřebu pozornosti pracovníků, snaží se být oblíbenými. O pozornost mezi sebou „soupeří“ různými způsoby, a to i těmi, které nejsou žádoucí, jako například sebepoškozováním nebo vyhrožováním sebevraždou. Problém u klientů spatřují sociální pracovníci rovněž v navazování a udržování vztahů. Někteří tito klienti vztahy navazují nezvykle rychle a velmi intenzivně, mají tendenci se vázat na kohokoli, kdo k nim má pozitivní vztah. Intenzita tohoto vztahu není neměnná, může růst, nebo po pár dnech opadá. U jiných klientů je v této oblasti naopak potíž v tom, že jsou vůči ostatním uzavření a nedůvěřiví. Nejsou tak schopni navázat jakýkoli vztah, což může souviset s předchozí negativní

zkušeností. Absentuje u nich také motivace k aktivitám vedoucím ke změně. Příčinou může být to, že tito uživatelé nemají vytyčené vlastní cíle, o jejichž dosažení by mohli usilovat. Často také nejsou ochotni převzít odpovědnost za svůj život a své jednání, neboť jsou zvyklí, že problémy za ně v minulosti řešil někdo jiný, ne oni sami. Mají tendenci svalovat své životní neúspěchy a problémy na druhé; ať už se jedná o ústavní zařízení, ve kterém žili, nebo o organizaci, ve které fungují v současné době.

Je nutno podotknout, že při práci s klienty, kteří mají zkušenost s pobytem v ústavním zařízení, není použití metod sociální práce vždy úspěšné, neboť jsou jim tyto metody dobře známé a ztrácí tak svou účinnost. Při práci s těmito klienty a snaze o odstranění, nebo alespoň zmírnění dopadů ústavní výchovy a péče, je zapotřebí být trpěliví, dát jim čas a prostor pro děláni chyb a následné poučení se z vlastní zkušenosti, například právě v oblasti stravování; někteří klienti jsou na základě negativní zkušenosti s přejídáním schopni s takovým chováním přestat. Je tedy důležité, aby klienti dělali svá vlastní rozhodnutí, nesli za ně následky a získali tak zodpovědnost za svůj život, která jim v ústavním zařízení byla v menší či větší míře omezena. Při práci s klienty je rovněž podstatné mít sjednocený přístup a sjednocené postupy práce, a to jak za účelem získání stability a pocitu bezpečí, který je potřebný k tomu, aby se klienti mohli učit novým věcem, tak i proto, že sociální pracovník má být klientům vzorem, od kterého se učí. Ke každému klientovi a jeho potřebám je ale třeba přistupovat individuálně. Důležitým faktorem pro to, aby mohlo dojít ke změně chování, aby klient vůbec chtěl takové změny dosáhnout, je již zmiňovaná motivace, jejíž vznik se dá podpořit ukázáním dosažitelných cílů.

Z rozhovorů vyplývá, že problematičnost ústavní výchovy a péče spočívá v nedostatku soukromí v těchto zařízeních, dále v nedostatku pracovníků, kteří by se klientům mohli věnovat individuálně. Zároveň se pracovníci v institucionálních zařízeních hodně střídají, a proto klientům chybí stabilní vzor. Dalšími nedostatky této formy péče jsou zastaralé přístupy práce s klienty, ústavní pravidla, která ale nejsou platná v mimoústavním prostředí.

Na základě průzkumného šetření lze říci, že ústavní výchova a péče jsou negativním faktorem pro pozdější život jedince mimo takové zařízení. Rovněž můžeme konstatovat, že se některé oblasti, o kterých pojednává průzkumné šetření, shodují s teoretickými východisky, na kterých je průzkumné šetření postaveno. Jedná se především o oblast vztahovou, která je u jedinců se zkušeností s pobytem v ústavním zařízení narušena. Další zjištění shodné s teoretickou částí práce je absence soukromí

v ústavních zařízeních. Nelze opomenout ani institucionalizaci, která je u těchto klientů typická.

Závěr

Bakalářská práce pojednává o dopadech ústavní výchovy a péče na uživatele služeb SKOKu do života pohledem sociálních pracovníků. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou.

Teoretická část práce se dělí na tři kapitoly. V první kapitole seznamuje čtenáře s pojmy ústavní výchova a ústavní péče, představuje resorty a jednotlivé vybrané formy ústavní výchovy a péče. Rovněž představuje rizika, která s sebou institucionální výchova a péče nesou. Popsaná rizika jsou teoretickými východisky pro empirickou část. Druhá kapitola představuje organizaci SKOK do života, v níž byla prováděna empirická část práce. V rámci kapitoly jsou popsány jednotlivé služby, která tyto organizace poskytuje. Třetí, a zároveň poslední kapitolou teoretické části práce, je kapitola, která se zabývá mentálním postižením, jakožto vývojovou poruchou cílové skupiny této organizace. Popisuje jeho příčiny a vývojové stupně.

Část empirická se zabývá dopady ústavní výchovy a péče na klienty organizace SKOK do života pohledem sociálních pracovníků, kteří s klienty, jež si touto formou výchovy či péče v minulosti prošli, v této organizaci pracují. Empirická část byla realizována formou polostrukturovaných rozhovorů, z nichž byly získané informace využity ke zodpovězení čtyř dílčích průzkumných otázek, jež umožnily zodpovězení hlavní průzkumné otázky a zároveň ji doplnily. Výsledky tohoto šetření zobrazují negativní dopady ústavní výchovy a péče na klienty této organizace, a to jak z krátkodobého, tak i dlouhodobého hlediska. Některé z těchto dopadů považují informanti dokonce za trvalé, a to například dopady v oblasti vztahů. Při práci s těmito klienty a snahou tyto dopady odstranit, nebo alespoň zmírnit, je, mimo jiné, důležitá trpělivost, individuální, ale sjednocený přístup a samotná motivace klientů ke změně, která u nich ale mnohokrát chybí, a proto je potřeba ji podpořit. Důležité je také poskytnout klientům bezpečí a prostor pro to, aby mohli dělat chyby, ze kterých se budou učit ve světě, kde již ústavní pravidla neplatí.

Jednotlivé cíle šetření byly naplněny zodpovězením průzkumných otázek. Výsledky šetření mohou být přínosné pro pochopení závažnosti této problematiky a mohou být podnětem pro změnu přístupů v institucionálních zařízeních.

Seznam bibliografických zdrojů

- BĚHOUNKOVÁ, Leona. *Fenomén odchodu do samostatného života dítěte vyrůstajícího v náhradní výchovné péči*. 1. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2012. 208 s. ISBN 978-80-87652-87-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2016. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- KACHLÍK, Petr, ČERVENKA, Karel a VOJTOVÁ, Věra. *Inkluze jako cesta k předcházení rozvoji problémů v chování*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2016. 179 s. ISBN 978-80-210-8509-1.
- KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 204 s. ISBN 978-80-86429-39-7.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, Josef a MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 4., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 400 s. ISBN 978-80-246-1983-5.
- MATĚJČEK, Zdeněk, KOVAŘÍK, Jiří a BUBLEOVÁ, Věduna. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 69 s. ISBN 80-85121-89-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016. 271 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: filosoficko-historický pohled*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
- PIPEKOVÁ, Jarmila et. al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PTÁČEK, Radek, KUŽELOVÁ, Hana a ČELEDOVÁ, Libuše. *Vývoj dětí v náhradních formách péče*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. 56 s. ISBN 978-80-7421-040-2.

- RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 106 s. ISBN 978-80-7367-544-8.
- SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 544 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
- SYCHROVÁ, Adriana, ed. *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014. 179 s. ISBN 978-80-7395-756-8.
- ŠKOVIERA, Albin. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 143 s. ISBN 978-80-7367-318-5.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALOUŠEK, Martin, MATES, Pavel a FIALOVÁ, Eva a kol. *Ochrana osobnosti, soukromí a osobních údajů*. 1. vyd. Praha: Leges, 2019. 427 s. ISBN 978-80-7502-346-9.
- VÁVROVÁ, Soňa, HRBÁČKOVÁ, Karla a HLADÍK, Jakub. *Porozumění procesu autoregulace u dětí a mladistvých v institucionální péči*. 2. nezm. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2015. 131 s. ISBN 978-80-7454-149-0.
- WINNETTE, Petra. *Jaké jsou následky chybějícího primárního pečovatele v kojeneckém období?* 1. vyd. Praha: Natama, 2020. 45 s. ISBN 978-80-907830-0-3.

Seznam elektronických zdrojů

ČERNOUŠEK, Michal. *Psychiatrie*. In: NEŠPOR, Z., ed. Sociologická encyklopedie, 2020 [online]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Psychiatrie>. [cit. 2024-01-16].

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Šikana*. In: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [online]. Dostupné z: <https://cpzp.cz/clanek/1473-0-Sikana.html>. [cit. 2024-01-16].

Definice mentálního postižení. In: Národní pedagogický institut. Metodický portál RVP [online]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=10794>. [cit. 2024-01-16].

JIRÁKOVÁ, Pavlína. *Mentální postižení*. In: Alfabet. 2014 [online]. ISSN 2336-7555. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/typy-zdravotniho-postizeni/mentalni-postizeni/> [cit. 2024-01-16].

MPSV. *Dětské domovy pro děti do 3 let věku. Závěrečná zpráva ze zjišťování realizovaného ministerstvem práce a sociálních věcí na jaře 2023*. In: MPSV, 2023 [online]. 29 s. [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225508/DD3+Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1+zpr%C3%A1va+2023+%281%29.pdf/eeb78ca1-6a96-79da-03bd-79eec4676874>

Odbor sociálních služeb a sociální práce. *Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67)*. In: MPSV. 2012 [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67-> [cit. 2024-01-31].

SKOK do života. 13 útržků k normalnosti. In: SKOK do života, 2023 [online]. Dostupné z: https://www.skokdozivota.cz/articles/516/13_utrzku_k_normalnosti/ [cit. 2024-03-10].

SKOK do života. *Cvičení*. In: SKOK do života, 2023 [online]. Dostupné z: <https://www.skokdozivota.cz/cviceni/> [cit. 2024-01-31].

SKOK do života. *Chráněné bydlení v síti*. In: SKOK do života, 2023 [online]. Dostupné z: <https://www.skokdozivota.cz/chranene-bydleni/>

SKOK do života. *O skoku do života, o.p.s.* In: SKOK do života. 2023 [online]. Dostupné z: <https://www.skokdozivota.cz/o-skoku/> [cit. 2024-01-31].

SKOK do života. *Průvodce službou*. In: SKOK do života, 2023 [online]. Dostupné z: https://www.skokdozivota.cz/files/ke_stazeni/D-CHB-02%20Pru%CC%8Avodce%20CHB_01_08_2023.pdf

ŠEBÁNKOVÁ, Lucie a HAVELKA, David. *Diagnostika a intervence u sociálně podmíněného mentálního postižení: kvalitativní studie v praxi českých pedagogicko-psychologických poraden*. In: E-psychologie. 2022, roč. 16, č. 2, 22 s. ISSN 1802-8853. [online]. Dostupné z: <https://www.e-psycholog.eu/clanek/441>. [cit. 2024-01-16].

TENNY, Steven, BRANNAN, Janelle M., BRANNAN, Grace D. Qualitative study. In: National Library of Medicine, 2022 [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470395/#>. [cit. 2024-03-24].

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Mentální retardace*. MKN-10 [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>. [cit. 2024-01-16].

VACHTLOVÁ, Andrea. *Domov pro osoby se zdravotním postižením*. In: Šance dětem. 2020 [online]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim> [cit. 2024-01-18].

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: Zákony pro lidi [online]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-121>. [cit. 2024-01-16].

Seznam tabulek

Tabulka 1 Stupně mentálního postižení	25
Tabulka 2 Výzkumný soubor	30

Seznam obrázků

Obrázek 1 Srovnání počtu přijatých dětí do dětských domovů pro děti do 3 let věku v roce 2022 s lety 2021 a 2019	12
---	----

Přílohy

Příloha A – přepis rozhovoru I3

Příloha B – tazatelské otázky

Příloha A – přepis rozhovoru I3

T: „*Co dělalo uživatelům po přechodu z ústavu do běžného života největší potíže a jak se projevovaly?*“ **I3:** „Myslím, že po přechodu z ústavu do chráněného bydlení jsme měli největší potíže s jídlem. Oni byli zvyklí, že to jídlo dostávají na přiděl a všichni mají stejný jídelníček. To jídlo bylo v ústavu zamčené, když si chtěli udělat třeba kafe navíc, dát si do něj cukr navíc nebo o trochu víc mlíka, tak se museli někoho prosit. Takže jídlo, třeba ten cukr, se stal i takovou komoditou, se kterou se tam obchodovalo. Já jsem třeba měla klientku, která u sebe nosila balíček cukru v kabelce, aby mohla handlovat za cigarety nebo za sušenku, nebo za něco jiného. Ty lidi jsou vlastně nenasycený a řekla bych, že jsou v podstatě vyhladovělý. Nám se třeba stávalo, že pravidelně mizely banány z lednice. Oni byli z ústavu zvyklí, že si mohli dát jenom jeden banán na ten den třeba k té svačině, a já jsem třeba koupila 3 kila banánů a ty 3 kila zmizely během jedné noci, protože se ty lidi najednou dostali do domácnosti, kde nebyla zamčená lednice, a kde bylo všechno jídlo k dispozici, takže se stávaly noční útoky na lednici a kolikrát jsem přišla ráno do práce a ta lednice byla prázdná. Koupili jsme opravdu spoustu jídla, třeba právě těch banánů, a druhý den byly pryč. A co jsme s tím dělali? No prostě jsme kupovali ty banány tak dlouho, dokud tam nezůstaly, dokud se ty lidi nenasýtí. Je to tak, že u některých to nasycení nikdy nepřijde, a holt je pak potřeba jim to jídlo nějakým způsobem dávkovat. U někoho se stane to, že mu je párkrát špatně, pozvrací se, a pak je schopen si nastavit nějakým způsobem zdravý stravování nebo nějaký stravovací režim tak, aby mu to vyhovovalo. Mnozí z nich už to tak mají třeba z dětského domova, pak je nějaká další následná ústavní péče a vlastně se nikdy nedostali k tomu, aby si mohli to jídlo rozmyslet sami, aby si mohli sami plánovat jídelníček jinak než jako jeho kolega, kterej je vedle něj. No a když dostanu nějaký kapesný, tak si za to nejdu koupit banán, že jo? Když dostanu kapesný, jdu si koupit ty cigára, cukr, nějakou sušenku nebo colu, nebo něco, co zdvihne můj status v tom ústavu. Něco, co mě posune v té hierarchii o žebříček vejš. Jakože já mám colu, tak jsem na tom líp, teď mě mají všichni rádi a všichni se se mnou chtějí kamarádit, protože vládnu Coca-Colou. Musím říct, že u někoho se to fakt povedlo, u někoho ne, ale potíže nám to působilo velký a pracovali jsme s tím tak, takže jsme do té lednice naplňovali pouze jídlo, který jim nemohlo úplně ublížit, takže jsme tam nenakupovali špekáčky a slaninu, ale snažili jsme se fakt nakoupit banány, jogurty, jahody a prostě takový ty potraviny, kterejch se prostě mohli přejíst. Pak mě napadá určitě špatná hygiena a celkově takový to, jako že když přijdu z venku, tak se převlíknu do

nějakýho domácího oblečení, nebo že si umývám ruce před jídlem a po jídle. Tam je velikánskej rozdíl mezi těma lidma, který vyrůstají v ústavní péči a mezi lidma, který jsou z rodin a jsou opravdu vycepaný, protože ty rodiče opravdu vidí, kdy jdou na záchod a hlídají, jestli si potom ty ruce umyjou a tak. Takže hygiena je další obrovská věc, se kterou jsme museli a pořád musíme pracovat.“ **T:** „*Můžu se zeptat, jak konkrétně uživatele motivujete k tomu, aby hygienu dodržovali?*“ **I3:** „Například pořádáním plesů, oslav, návštěv, večírků, nebo možností získat lukrativní pracovní místo. Například v BISTRU u dvou přátel. Pak reálná zpětná vazba, jako třeba: „Ráda si s tebou povídám, ale je mi nepříjemné, že ti trochu smrdí z pusy. Pokud bys chtěl, můžeme to vyřešit.“ Vyřešíme to třeba ústní vodou, vyčištěním zubů, nácvikem techniky čištění zubů, žvýkačkou. Taktně je upozornujeme, pomůžeme jim nebo je podpoříme tak, aby mohli odstranit ten nedostatek, a to teda nejen v čase ranní a večerní hygieny, ale prostě kdykoli během dne, kdy je to potřeba... No a dál bych pak asi řešila nějaký nedodržování soukromí a toho, že jsou ty lidi většinou zvyklí, že jich bylo víc na pokoji, takže neřeší nahotu, nevadí jim svlíkat se před někým jiným, nevadí jim s nikým sdílet koupelnu nebo záchod. Neřeší se tam moc intimita, a to nejen v péči o své tělo, ale i v sexuální oblasti.“ **T:** „*A jaký vliv to pak na uživatele má, že se tam neřeší ani sexuální oblast?*“ **I3:** „Neumí masturbovat, nebo k ukojení svých potřeb potřebují někoho druhého. Tím myslím druhého uživatele. Vznikají tak pak homosexuální vztahy i u heterosexuálních jedinců. Pak neumí zacházet se svým soukromím. Měla jsem třeba klientku, která se bála být sama v místnosti, protože nikdy sama nebyla. Nebo svoje intimní věci, nebo i intimní partnerské věci, jim nevadí provádět před jinými osobami. Svléknou se klidně uprostřed místnosti, chybí jim nějaký zdravý stud. A taky mi přijde, že neměli moc možnost projevovat sami sebe. Vybírat si barvy vlasů, nehtů, styl oblečení. V ústavní péči jsem se často setkávala s tím, že oblečení chodili nakupovat společně, třeba 5 kleintů a jeden pracovník do jednoho obchodu. Často pak neměli výběr oblečení, nebo jeden ústav sociální péče má sjednanou jednu kadeřnici. Dost často pak mají všechny ženy stejný účes.“ **T:** „*Děkuji. A když se ještě vrátíme k dopadům a jejich projevům, které teda nesouvisí se sexualitou, napadá vás k tomu ještě něco?*“ **I3:** „Hm... Určitě bylo jasně vidět, že tu těch lidí je nějaký nedostatek vztahů a nějakých kořenů. Ty lidi si s sebou nepřinesli žádnou fotku z mládí nebo z dětství. Vlastně si kolikrát sami ani nepamatovali, jak ten jejich život běžel, nemají připravenou nějakou složku, aby řekli: „Jo, tady mi bylo 5 a naučil jsem se jezdit na kole.“ Vlastně si s sebou nic nenesou. Oni jdou z toho ústavu do jinýho ústavu a nesou si s sebou to, co zrovna mají, třeba klávesnici nebo nějaký mobil. Nemají s sebou žádný vzpomínky. A

hodně lidí si ty vzpomínky ani nepamatuje, takže je pak těžký s tím nějak pracovat. Jsou hodně vykořeněný, chybí jim nějaký vazby, nemají komu poslat na Vánoce pohled nebo dopis. Mají vztahy s nějakýma pracovníkama, ale myslím si, že i u nich se dost spálili. Kolikrát se mi stalo, že mi někdo řekl: „Ty stejně odejdeš na mateřskou a všechno tady bude jinak.“ Takže je hodně vidět, že se ty lidi mají podle toho, jak tam zrovna přijde pracovník. Je to hodně těžký, ty vztahy tam jsou hodně narušený a je jich tam nedostatek, mají je jen v rámci toho ústavu, třeba s nějakýma klientama, ale většinou to je jen o nějaký hierarchii a tom si vydobýt nějakou pozici a získat co nejvíc pozornosti od pracovníka. Zatímco mně přijde, že ty lidi, který jsou z rodin, mají už v sobě většinou nějaký... Nevím, jak to říct, nějakou jistotu. A ti třeba ani tak velkou pozornost toho pracovníka nepotřebují. Pozornost se získává různěma způsobama, ty lidi byli hodně haptický, takže se snažili na pracovníky sahat a vyžadovali od nich třeba pohlazení po vlasech. A hlavně ti z dětských domovů, který pak šli do další ústavní péče, ti vyžadovali, abysme je objali, nebo abysme je pohladili, což jsme samozřejmě nedělali. To bylo hodně náročný, než pochopili, že se to tak v běžným životě nedělá, že pracovník tady není od toho, aby toho klienta objal a pomazlil, takže taková nějaká podivná haptičnost.“ **T:** *„Pochopili postupem času všichni uživatelé, že fyzický kontakt klienta a pracovníka není přípustný?“* **I3:** „Ano, pochopili. Pláceme si nebo si podáme ruku. Ale fyzický kontakt není přípustný nejen ve vztahu klient a pracovník, ale všeobecně. Myslím, že jde hlavně o to ukázat všeobecně platné zásady slušného chování jako to, že se nesahá ani na prodavačku ani na jiné klienty, pokud se teda nejedná o partnera. Stejně tak svůj životní příběh můžu vyprávět jen někomu, a tím nemyslím zrovna spolujedoucí v autobuse nebo pěknou servírku v restauraci... Jo a ještě mě teď napadá určitě nějaká nuda a nevytíženost toho volnýho času, protože ty lidi nejsou moc vedený k tomu, aby ten volnej čas nějak využívali, aby dělali nějaký ten sport, nebo aby se zajímali o nějaký film, kino, nebo aby měli vůbec nějaký koníček. Většinou ty koníčky těch lidí, kteří k nám přišli v rámci transformace, bylo hlavně kouření a poflakování se, zjišťování, kdo kde zrovna je a kdo co dělá, kdo bude mít jakou směnu a jak si urvat pro sebe co největší kousek tý pozornosti nebo toho jídla, ten nejlepší kousek koláče, a vlastně tak jako přežít.“ **T:** *„Vnímáte pobyt v ústavním zařízení jako negativní faktor pro pozdější fungování v neústavním prostředí? Pokud ano, v jakých oblastech?“* **I3:** „Rozhodně ano. A v jakých oblastech? První je to určitě péče o vlastní osobu, tím myslím jak hygienu, tak stravování nebo vaření, přípravu nějakých jednoduchých jídel a nebo i úklid pokoje, úklid koupelny, vynášení smetí. To jsou věci, ke kterým se ty lidi v ústavech většinou nedostanou. Mají

tam nějakou uklízečku, která to za ně dělá, a to samý je to vaření, nakupování, všechny tyhle úkony, které souvisejí s péčí o vlastní osobu. Pak to bude nějaký zdravý sebevědomí a vztah k sobě samému. A to si myslím, že je spojený právě s těma vztahama a s tím, že si třeba nepamatují svoji minulost, že nemají žádné zážitky z dětství, že si s sebou nenesou z té ústavní péče žádné vzpomínky, žádné fotky, alba, a nebo to prostě po cestě někde ztratěj. Pokud tam není nějaký pracovník, kterej je k tomu vede z nějakýho svýho přesvědčení.“ **T:** „*Co přesně myslíte tím vztahem k sobě samému?*“ **I3:** „Nějaké sebevědomí, touhy a cíle, to, kam by to chtěli dotáhnout. Že by třeba chtěli jet k moři, nebo že by chtěli někdy pracovat. Pro mě bylo strašně těžký je k čemukoliv namotivovat. Chybí u nich motivace k nějakýmu lepšímu životu. A sexualita, která pramení podle mě i z nedostatku soukromí. Spousta lidí nemá vyřešený svůj sexuální život nebo vztah k sobě, tím myslím třeba i masturbaci. A pak nějaký smysluplný trávení volnýho času, nějaký koníčky, nějaký věci, který je v životě baví. Hodně se setkávám s tím, že hlavní náplní je pro ty lidi potulování se po ústavech.“ **T:** „*Můžu se zeptat, proč myslíte, že je lidí z ústavní péče těžší namotivovat?*“ **I3:** „Je to těžší, protože už X pracovníků to zkoušelo přede mnou. Ti lidé, které jsem měla tu čest v rámci transformace poznat, a se kterými jsem mohla pracovat, neprošli jedním, ani dvěma zařízeními. Mnohdy jich bylo mnohem víc. A všude to s nimi mysleli dobře, všude se jim snažili pomoci, všude se museli podřizovat systému a řádu. Moc bych si přála, aby v transformaci bylo dostatek prostoru na individuální práci s klientem.“ **T:** „*A jakými způsoby se vám tedy daří je motivovat?*“ **I3:** „Já myslím, že je to to totální přijetí, přijmout je se vším všudy a dát jim jistotu, že tohle je ten opravdový život, že se zde můžou sami rozhodovat, sami rozvíjet. Nechat je dělat chyby a pomáhat jim se zvedat pořád a pořád dokola. Nechat je, aby mohli nabýt zdravé sebevědomí a jistotu sami v sebe, ujistit je, že i když já jako pracovník odejdu na mateřskou, tak oni jsou součástí většího celku, jsou součástí party spolubydlících, party skokanů a budou jimi vždy, v dobrém i zlém.“ **T:** „*Jakým způsobem jako sociální pracovník v této organizaci můžete pomoci klientům, kteří se musí adaptovat na podmínky mimo ústav?*“ **I3:** „Za mě je to určitě nějaký přijetí, nějaký bezpečný nasycení těch základních potřeb, jako je spánek, soukromí, jídlo. Udržet je v nějaký bezpečný síti a pomoci jim, aby se zvládali v tom novém životě orientovat. Pak si myslím, že ukázat jim nějakou reálnou zpětnou vazbu a ukázat jim, jak to v životě chodí, bejt takovým průvodcem toho běžnýho života. Ukázat jim, co všechno můžou mít. My jsme třeba brali naše klienty k moři, aby ho viděli, aby vůbec ten cíl měli, protože pro ně bylo nepředstavitelný, že by někdy někam takhle mohli jet. Takže jim dopřát zážitky, aby

je potom sami chtěli zažívat, a aby šli tou správnou cestou.“ **T:** „*Co myslíte správnou cestou?*“ **I3:** „Tím myslím to, že si budou chtít najít práci. Budou chtít dodržovat ten denní režim, kterej je s tím spojenej tak, aby nebyli v práci unavený, aby si mohli vydělat ty peníze a mohli jet třeba k tomu moři... A taky je důležitý jim dát tu reálnou zpětnou vazbu, jak jsem říkala, a ten nadhled na jejich život tak, aby se postavili na vlastní nohy, aby převzali celý život do vlastních rukou, aby našli nějakou svojí vnitřní sílu a věděli, že oni jsou ti, kteří jsou za ten svůj život zodpovědní, a ne nějakej pracovník, a že jejich život nekončí tím, že pracovník odchází na mateřskou, ale pokračuje dál a je to jejich zodpovědnost. Pracovník se stává jenom podpůrcem, průvodcem nebo kamarádem, který toho ví víc než oni a může jim pomoci, když budou chtít.“ **T:** „*S jakými konkrétními dopady ústavní výchovy a péče se vám daří pracovat?*“ **I3:** „To záleží, to je hrozně moc individuální. Ale pracovat se dá se vším. Záleží hodně na tom, jak je ten člověk vlastně nastavenej a co je v tu chvíli pro něj důležitý, co on sám vidí jako prioritu. Asi je to nějaký posílení, aby se ten člověk začal sám ze sebe rozhodovat. Ve chvíli, kdy se ten člověk rozhodne a vidí, že teď je pryč z té ústavní péče a že ty věci můžou jít podle toho, jak si on bude přát, tak ho nasměrovat a pomoci mu najít takovou cestu, která bude pro něj i pro společnost bezpečná.“ **T:** „*Stalo se někdy, že uživatel volil cestu, která pro něj nebo společnost bezpečná nebyla?*“ **I3:** „Ano, stalo se to, každý má asi právo si tu cestu zvolit sám. Naštěstí těch případů neznám mnoho. Ale vím o lidech, kteří se rozhodli a jsou například promiskuitní, nebo zkouší drogy. Naštěstí těch lepších konců, nebo teda spíš začátků, jsem zažila mnohem víc.“ **T:** „*Pokud porovnáte uživatele služeb z neústavního prostředí a uživatele z ústavního prostředí, shledáváte při práci s nimi rozdíly? Pokud ano, jaké?*“ **I3:** „Já vidím obrovský rozdíl v tom, jak pracovat s lidma z ústavního prostředí a s lidma z neústavního prostředí. Ty lidi z ústavního prostředí jsou opravdu otrnulí a znají většinou dost dobře všechny metody sociální práce, který na ně kde kdo zkoušel a úplně nenaletí. Přijde mi, že jsou, když to řeknu tak jako v uvozovkách „chytřejší“, že se museli protlouct tím ústavem, takže se nenechají utáhnout na vařený nudli, když bych to tak řekla. Oni se setkali za svůj život se spoustou pracovníků, který na ně zkoušeli různé techniky, aby je dostali tam, kam potřebovali. Měla jsem klientku, která na mě ty metody sociální práce zkoušela, a dokonce skvěle ovládala náš jazyk. Takže si myslím, že tam je fakt dobrý nastavit to zrcadlo a dát jim takový ty opravdový emoce. Mluvit s nima trošku jiným způsobem než u těch lidí, který jsou třeba z rodin a je tam jasně daný, kdo je autorita. Když jsme v rámci transformace přijali lidi z ústavního prostředí, tak jsem si všimla, že mají takovou sadu testovacích věcí, na kterých si

testovali, co jsem za pracovníka a opravdu mě zkoušeli. Ať už to bylo to, že si třeba zakouřili na pokoji, nebo, jak jsem říkala, vyjedli celou lednici, nebo se mě snažili vlastně naštvat tak, aby viděli, jak budu reagovat, aby si mě mohli oskenovat, aby si mě mohli přečíst a dokonce se mnou i třeba manipulovat podle toho, co potřebovali. To byli takový ty silnější jedinci, kteří k nám z ústavní péče přišli, takže tam opravdu vidím velikej rozdíl. Shodly jsme se na tom i s dalšími kolegyněmi, tahle sada testovacích věcí nebyla jenom na mě, ale oni to opravdu testovali i na ostatních tak, aby si mohli ty pracovníky zaškatulkovat tak, jak potřebujou. Aby věděli, s čím za tím člověkem jít a s čím ne.“ **T:** *„Mají uživatelé i po letech od odchodu z ústavu problémy s fungováním ve světě mimo ústav?“* **I3:** „Ano, mají. Musím říct, že je to teda individuální, je to jak kteří. Někteří se adaptovali fakt skvěle a jsou plně funkční. Máme třeba teď jednoho klienta, kterej si našel práci, pak si našel bydlení. Teď si našel ženu, získal zpátky svéprávnost a bude se ženit, což je prostě úplně nepředstavitelný, fakt skvělý úspěch. A pak máme klienty, který doteď, pokud mají nějaký problém, nebo se jim v životě nedaří tak, jak by chtěli, svalují to na ten ústav nebo organizaci, nechtějí přijmout odpovědnost za svůj život a chtějí, aby za ně ty věci někdo pořád řešil. Pokud oni udělají nějakou chybu, dávají to za vinu organizaci nebo celkově společnosti a nefungují. Pak tady jsou další, který třeba nejsou pořád nasycený, a to jak vztahově, tak třeba v tom jídle, nebo v nějakým jako hromadění věcí, že prostě pořád něco jako chybí.“ **T:** *„Jaké pozorujete u uživatelů, kteří si prošli ústavní výchovou nebo péčí, problémy ve vztahu k rodině, ostatním uživatelům a pracovníkům?“* **I3:** „Někteří tu rodinu mají jako na piedestalu, mají ji strašně rádi, přesto jak se k nim třeba zachovala. Někteří si vůbec nepamatují, že nějakou rodinu měli, a někteří svoji rodinu nenávidí. Ani jeden z těch modelů podle mě není správný. K ostatním uživatelům a pracovníkům... Může se stát, že jsou ty lidi třeba haptičtější, můžou se zbytečně vázat, viděla jsem třeba klientku, která se fakt hodně vázala na pracovníka, takže když pak pracovnice odcházela na mateřskou dovolenou, tak z toho byla fakt hodně nešťastná. Vlastně se úplně rozložila. A určitě tam vznikají nějaký nezdravý vztahy a takovej systém hierarchie mezi těma uživatelema, oni si v té skupině, to je prostě živěj organismus, udělají si v ní svou hierarchii podle toho, jak potřebují.“ **T:** *„Pracoval/a jste někdy v ústavním zařízení? Pokud ano, jaké máte s tímto zařízením zkušenosti?“* **I3:** „V ústavním zařízení jsem byla pouze na praxi a nebyla jsem tam spokojená.“ **T:** *„Co považujete za problematické v ústavní výchově a péči?“* **I3:** „Myslím si, že to je zkostnatělý systém. A myslím si, že se tam ty lidi hlavně hrozně nuděj. Je těžký tam pak i něco změnit, i když tam přijdete s nějakým nápadem, je to strašně těžký probojovat a

změnit. Ti pracovníci se tam opravdu často mění, ty lidi tam zůstávají a když se bavíme o tom, že ten člověk v tý ústavní péči může bejt třeba 20, 30, někdy i 40 let, tak si vezměte, jaká masa pracovníků se tam vystřídá během těch let? A nejhorší na tom je, že s každým pracovníkem, kterej tam přijde, je ta péče trošku jiná, že jo? Každý pracovník chce potom uživateli něco jinýho, když to vezmeme úplně banálně, tak prostě přijde nějakej pracovník, kterej naučí toho klienta utírat stůl. A pak přijde jinej pracovník, a ten stůl utírá úplně jinak, jiným způsobem. Nebo čištění zubů, jeden pracovník bude těm lidem říkat, ať si čistí zuby takhle, a pak přijde někdo jinej a řekne: „Tahle pasta je špatná, kupujte si lepší pastu, nejlepší pasta je Vademecum.“ Ten druhej bude tvrdit, že to je zbytečný, a že stačí, když si budou kupovat Signal, když nemají peníze. Je to fakt těžký v tomhle pak žít, když vlastně nemají ten vzor. Aspoň já z toho mám takovej pocit, že tam chybí stabilní vzor, od kterýho se ti lidi učí.“ **T:** „*Chcete k tomuto tématu něco doplnit?*“ **I3:** „Ještě bych chtěla říct, že mám zkušenost taky s tím, že když nám přišel člověk z ústavní péče, tak u nás krásně rozkvetl a v opravdu krátkém čase došlo k veliké změně a velkému zlepšení ve všech těch oblastech, o kterých jsem mluvila na začátku. Ale neříkám, že u všech, je to opravdu velice individuální. U někoho ta změna přichází rychleji, u někoho pomaleji, ale já tam prostě pořád vidím, že ti lidi mají možnost na sobě pracovat a můžou fungovat, a když jim pomůžeme si nastavit ten život tak, aby ho měli hezkej, šťastnej, aby byli ty lidi šťastný, tak je ta změna velká. Je to skvělý. A oproti tomu, když přijde většinou člověk, kterej je z funkční rodiny, tak tam třeba už pak taková velká změna není. Ten člověk už je nějakým způsobem hotovej a namotivovanej od té rodiny.“

Příloha B – tazatelské otázky

1. Co dělalo uživatelům po přechodu z ústavu do běžného života největší potíže a jak se projevovaly?
2. Vnímáte pobyt v ústavním zařízení jako negativní faktor pro pozdější fungování v neústavním prostředí? Pokud ano, v jakých oblastech?
3. Jakým způsobem, jako sociální pracovník v této organizaci, můžete pomoci klientům, kteří se musí adaptovat na podmínky mimo ústav?
4. S jakými konkrétními dopady ústavní výchovy a péče se vám daří pracovat?
5. Pokud porovnáte uživatele služeb z neústavního prostředí a uživatele z ústavního prostředí, shledáváte při práci s nimi rozdíly? Pokud ano, jaké?
6. Mají uživatelé i po letech od odchodu z ústavu problémy s fungováním ve světě mimo ústav?
7. Jaké pozorujete u uživatelů, kteří si prošli ústavní výchovou nebo péčí, problémy ve vztahu k rodině, ostatním uživatelům a pracovníkům?
8. Pracoval/a jste někdy v ústavním zařízení? Pokud ano, jaké máte s tímto zařízením zkušenosti?
9. Co považujete za problematické v ústavní výchově a péči?