

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Vážně míněný nesouhlas v kontextu  
pobytových sociálních služeb**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Švarcová  
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností  
Forma studia: Kombinovaná  
Vedoucí práce: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Hradec Králové, 2019



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Lenka Švarcová

Studium: U1697

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

**Název bakalářské práce:** **Vážně míněný nesouhlas v kontextu pobytu v různých typech sociálních služeb**

Název bakalářské práce AJ: Serious objection in the context of staying in different types of social services

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Tato bakalářská práce se zabývá poměrně novým tématem Vážně míněného nesouhlasu. V teoretické části budou zpracována teoretická východiska z pohledu právních norem a vyhlášek. V empirické části bude použita metoda dotazování a analýzy, technika dotazníku vlastní konstrukce. Výzkum bude zaměřen na četnosti výskytu problematiky Vážně míněného nesouhlasu, na postupy při řešení této problematiky a také na spolupráci opatrovníků.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-2138-5. HAUKE, Marcela. Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN isbn:978-80-906320-7-3. Zákon č.189/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Zákon č.292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění zákona č. 87/2015 Sb. Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D.

Oponent: Mgr. David Pospíšil

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

## **Prohlášení**

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

V Kouřimi dne 24. 3. 2019

.....

Lenka Švarcová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří doc. JUDr. Olze Sovové Ph.D za odborné vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala a za cenné rady, které mi poskytla při psaní práce.

## ANOTACE

Švarcová Lenka. *Vážně míněný nesouhlas v kontextu pobytových sociálních služeb*.  
Bakalářská práce. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Univerzita Hradec Králové,  
2019. Bakalářská práce

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou vážně míněného nesouhlasu a souvisejícími pojmy. Cílem práce je zjistit informace o výskytu problematiky, strukturu klientů s omezenou svéprávností v pobytových zařízeních v kontextu vážně míněného nesouhlasu, zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů, identifikovat výskyt a strategie řešení problematiky vážně míněného nesouhlasu a v neposlední řadě identifikovat informovanost o problematice vážně míněného nesouhlasu se zaměřením na zjištění informací, které chybí sociálním pracovníkům v pobytových sociálních službách při řešení této problematiky.

Klíčová slova: stárnutí, duševní onemocnění, svéprávnost, pobytové sociální služby, vážně míněný nesouhlas

## ANNOTATION

Švarcová Lenka. *Serious disagreements in the context of residential social services*. University Hradec Králové: Philosophical Faculty, University of Hradec Králové, 2019. Bachelor Thesis

This bachelor thesis deals with the problem of serious disagreements and related topics. The aim of the thesis is to find information about the occurrence of the problem, the structure of clients with limited legal competence in residential facilities in the context of seriously disagreeable discourse, to identify the course of the guardian's work with the client from the point of view of the respondents, to identify the occurrence and strategy of solving the problem of seriously disagreeable discovery, there is a lack of social workers in residential social services to address this issue.

**Keywords:** aging, mental illness, limited legal competence, residential social services, serious disagreement

**Keywords:** aging, mental illness, limited legal competence, residential social services, serious disagreement

Obsah	
Úvod .....	8
Teoretická část .....	10
1 Stáří a stárnutí.....	10
1.1 Stáří.....	10
1.2 Stárnutí.....	10
1.3 Stárnutí populace .....	11
2 Demence a jiná duševní onemocnění .....	13
2.1 Demence .....	13
2.1.1 Alzheimerova nemoc .....	15
2.1.2 Vaskulární demence .....	18
2.1.3 Demence při Parkinsonově nemoci a demence s Lewyho tělísky.....	18
2.1.4 Frontotemporální lobární degenerace .....	18
2.2 Jiná duševní onemocnění .....	19
2.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy .....	19
2.2.2 Mentální retardace .....	20
2.3 Komunikace s osobami s duševním onemocněním .....	20
3 Omezení svéprávnosti .....	23
3.1 Důvody omezení svéprávnosti.....	25
3.2 Opatrovanec .....	26
4 Typy pobytových sociálních služeb .....	28
4.1 Odlehčovací služby .....	28
4.2 Týdenní stacionáře .....	29
4.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	29
4.4 Domovy se zvláštním režimem.....	29
4.5 Chráněné bydlení .....	29
4.6 Zdravotnická zařízení lůžkové péče .....	29
5 Vážně míněný nesouhlas .....	31
5.1 Listina základních práv a svobod a Ústava ČR .....	31
5.2 Vážně míněný nesouhlas .....	31
5.3 Uzavření smlouvy bez souhlasu .....	32

5.4	Vyjádření nesouhlasu s poskytováním sociální služby v průběhu jejího poskytování .....	33
5.5	Postup při podezření na VMN .....	33
5.5.1	Oznamovací povinnost .....	34
5.5.2	Vedení evidence .....	34
5.5.3	Postup soudu při projevu VMN.....	35
	Metodická část.....	38
5.6	Výzkumné cíle .....	38
5.7	Typ výzkumu .....	42
5.8	Sběr dat .....	42
5.9	Soubor respondentů .....	43
5.10	Organizace a průběh výzkumu .....	43
	Interpretační část.....	45
6	Interpretace dílčích výzkumných cílů .....	45
6.1	Interpretace DVC 1 .....	45
6.2	Interpretace DVC 2.....	50
6.3	Interpretace DVC 3 .....	52
6.4	Interpretace DVC 4 .....	58
6.5	Závěr výzkumného šetření.....	62
	Závěr.....	64
	Použitá literatura.....	66
	Seznam tabulek a grafů.....	68
	Přílohy .....	I



## Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem se s ním ve své praxi setkala. Ze zkušenosti své a svých kolegů vím, že jsme neměli dostatek informací, jak v případě projevu vážně míněného nesouhlasu postupovat. Byla to pro nás úplně nová zkušenost a dostupnost informací jsme považovali za velmi špatnou.

Jedná se o poměrně novou problematiku vážně míněného nesouhlasu. Vážně míněný nesouhlas s poskytováním pobytové sociální služby je v dnešní době diskutovaným a citlivým tématem. Je třeba velmi dobře vyhodnotit situaci, což nemusí být tak snadné, jak se na první pohled může zdát. Tato problematika se týká poskytovatelů pobytových sociálních služeb, opatrovníků a osob, jež jsou omezené ve svéprávnosti, tudíž osob s různými druhy duševních onemocnění, často osob s diagnózou různých typů demence, tedy převážně osob seniorského věku. Práce s osobami s těmito diagnózami je poměrně složitá, protože všechny jejich diagnózy s sebou nesou určitá specifika. Dobře vyhodnotit, kdy projevy nesouhlasu s pobytem v sociálním zařízení jsou součástí diagnózy a klient tak projevuje pouze svou momentální nepohodu a nespokojenost a kdy už se jedná opravdu o vážně míněný nesouhlas, je pro další vývoj situace nesmírně důležité a zásadní.

Cílem teoretické části je zodpovědět otázku, co vlastně vážně míněný nesouhlas je, jeho zakotvení v zákonech, způsoby projevu, postupy při jeho projevení, koho se dotýká a v jakých typech pobytových sociálních služeb se s ním můžeme setkat. V této části budou také zpracována teoretická východiska z pohledu právních norem a vyhlášek.

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit informace o výskytu vážně míněného nesouhlasu v různých typech zařízení poskytujících pobytové sociální služby ve Středočeském kraji.

Určila jsem si i čtyři dílčí cíle. Prvním dílčím cílem je zjistit strukturu klientů s omezenou svéprávností v pobytových zařízeních v kontextu vážně míněného nesouhlasu. Druhým dílčím cílem je zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů. Třetí dílčí cíl má za úkol identifikovat výskyt a identifikovat strategie řešení problematiky vážně míněného nesouhlasu v praxi

oslovených respondentů. A poslední dílčí cíl je zaměřený na informovanost k problematice vážně míněného nesouhlasu.

K naplnění hlavního cíle i dílčích cílů použiji kvantitativní výzkumnou strategii, v níž pomocí dotazníku vlastní konstrukce, který rozešlu e-mailem sociálním pracovníkům v různých typech zařízení poskytujících pobytové sociální služby ve Středočeském kraji, zjistím potřebné informace.

Tato práce má posloužit ke zjištění, jak často se s danou problematikou můžeme v oblasti sociální práce setkat, zda je informovanost v tomto ohledu dostatečná a řádně právně ošetřená.

# **Teoretická část**

## **1 Stáří a stárnutí**

Tato kapitola se věnuje pojmům stáří a stárnutí, protože právě v jejich důsledku dochází k častějšímu výskytu různých typů duševních onemocnění, které se stárnutím přímo souvisí a s progresí těchto nemocí je mnohdy nutné nemocného jedince omezit ve svéprávnosti a v mnoha případech umístit v některé pobytové sociální službě, kde je možné se u těchto osob setkat s problematikou vážně míněného nesouhlasu.

### **1.1 Stáří**

Stáří je poslední vývojová etapa jedince, jež uzavírá a završuje život osobnostně, duševně, tělesně i spirituálně. Obecně jde o označení pozdních fází vývoje a zároveň jde o sociální charakteristiku. (Čeledová, Kalvach, & Čevela, 2016, s. 11)

Stáří je důsledkem stárnutí, které má své charakteristiky týkající se fenotypu (vzhledu), funkčního stavu, biopsychických parametrů (tzv. biologické stáří), sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení (tzv. sociální stáří), věku a naděje dalšího dožití (stáří kalendářní). Tyto charakteristiky mohou a nemusí být ve shodě. (Čevela, Čeledová, Kalvach, Holčík, & Kubů, 2014, s. 17-18)

### **1.2 Stárnutí**

Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, při němž dochází v buňkách k degenerativním změnám. Degenerace znamená úpadek ve vývoji, vývojový pokles či ústup. Tyto změny nastupují u každého člověka jiným tempem. U některých lidí dochází ke změnám rychleji než u jiných. Individuální rychlost změn je podmíněna geneticky a současně podmíněna životním stylem, prostředím, ve kterém daný jedinec žije, prací, kterou vykonává, a stresem, který na organismus působí. Změny tkání a buněk související se stárnutím začínají zpravidla ve věku třiceti let. (Mlýnková, 2011, s. 13)

### 1.3 Stárnutí populace

Stárnutí populace je celosvětový jev, ke kterému dochází nejen ve vyspělých, ale i v rozvojových zemích. Lidé se díky lepší zdravotní péči a zlepšujícím se životním podmínkám dožívají vyššího věku. Žijeme v moderní době, která nám prodlužuje a zkvalitňuje život, ovšem na druhou stranu na nás klade velké nároky. V dobách fungování tradiční společnosti a s existencí tradiční rodiny byl předpoklad, že se děti o své rodiče postarají. V dnešní moderní době to již tak snadné není. Lidé jsou zatíženi hypotékami apod., nemohou si dovolit své zaměstnání opustit a věnovat se péči o člena rodiny, který ji celodenně potřebuje. Stejně tak finančně náročná je péče domácí, kdy je možné využít služeb pečovatelky. Se zvyšujícím se věkem či progresí duševního onemocnění dochází ke snižování schopnosti sebeobsluhy člověka. V počátečních fázích onemocnění, kdy je osoba schopna provádět mnohé úkony sama, je jistě možné zajistit péči o seniora či duševně nemocného v kombinaci vlastních zdrojů rodiny a pečovatelské služby. V určitém stupni onemocnění, kdy již není možné, aby nemocný zůstal bez dozoru a bez pomoci 24 hodin denně, se stává domácí péče velmi finančně i psychicky náročnou a mnohdy nedostatečnou. Toto se týká zejména osob ve vyšších stádiích demence či zcela upoutaných na lůžko. Asi každý člověk si představuje, že dožije svůj život ve svém přirozeném prostředí, tedy doma a v kruhu svých blízkých. Mnohdy to ovšem opravdu není možné. Když pomineme finanční stránku věci, je nutné si říct, že péče o takovou osobu je velmi psychicky náročná a zatěžující. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 16- 24)

Na základě výsledků sčítání lidu, domů a bytů v roce 2011 bylo zjištěno, že v České republice žije 1 644 836 osob starších 65 let, což je 16 % z celkového počtu obyvatel. Oproti sčítání v roce 2001, kdy podíl této části obyvatel byl 14 %, došlo k nárůstu podílu této složky obyvatelstva o 2 %. Prognóza Českého statistického úřadu o nárůstu počtu obyvatel starších 65 let je taková, že v roce 2050 počet těchto lidí stoupne dvojnásobně. Největší nárůst se předpokládá u osob starších 85 let, kdy většina těchto osob potřebuje nějakou formu péče. (Horecký, 2016, s. 10-11)

## **Shrnutí**

Tuto kapitolu jsem pojala jako objasnění pojmů stáří, stárnutí a stárnutí populace, které jsou velmi důležité pro celou bakalářskou práci a přímo souvisí s následujícími kapitolami a s celou problematikou vážně míněného nesouhlasu. Ve výzkumné části zjišťuji věk klientů v pobytových sociálních službách a také věk klientů, u nichž se respondenti setkali s problematikou vážně míněného nesouhlasu.

Stáří, stárnutí a stárnutí populace s sebou přináší také onemocnění související s prodloužováním věku dožití. Těmto onemocněním se věnuje následující kapitola.

## 2 Demence a jiná duševní onemocnění

V této kapitole a jejích podkapitolách popisují demenci, její možné formy a další možná duševní onemocnění, v jejichž důsledku jsou osoby omezené ve svéprávnosti. Důležitou podkapitolou je komunikace s osobami s duševním onemocněním. Komunikace je v tomto směru velmi důležitá a specifická s ohledem na typ onemocnění, jelikož je právě při řešení vážně míněného nesouhlasu podstatné správně vyhodnotit, zda klient svými projevy neprojevuje pouze nespokojenost a zda se jedná opravdu o vážně míněný nesouhlas.

### 2.1 Demence

*„Slovo demence pochází z latiny a doslovně přeloženo znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená odstranit a „mens“ je latinské slovo pro mysl.“*

Demence je také často nazývána jako období „dlouhého loučení“. (Prátová, 2017, s. 30-31)

Demence je onemocnění způsobené poškozením mozku, zejména mozkové kůry a postupně i dalších struktur. Mozek je lidským „centrálním počítačem“, který řídí nejen všechny činnosti, ale i další procesy, které v našem těle probíhají. Demence je následkem mnoha procesů, jež poškozují zejména mozkovou kůru. Může se jednat o následky úrazu, otrav, které jsou poměrně vzácné, nebo například poškození cévního zásobení mozku, které je naopak velmi časté. Nejčastější příčinou jsou takzvaná neurodegenerativní onemocnění, kdy se v mozku začne utvářet a ukládat patologický protein. Demence je důsledkem závažného a zpravidla chronického onemocnění mozku. Jedná se o onemocnění dlouhodobé, které může dlouho probíhat bez jakýchkoli příznaků, a až v důsledku výrazného poškození větších oblastí mozkové kůry se začínají určité příznaky projevovat. Jako první příznak přichází nejprve mírná porucha kognitivních funkcí. Postupně se ovšem nemoc rozvíjí. Zastavit ji nelze žádnou medikací. Její příznaky lze jen nasazením vhodné medikace zmírnit či zpomalit. V další fázi onemocnění dochází k závažnějším poruchám kognitivních funkcí, snížení soběstačnosti jedince a ke změnám chování. Tyto další fáze probíhají od počínající k mírné přes rozvinutou demenci až k demenci těžké, jež přechází do terminálních stavů, kdy dochází k poruchám základních životních funkcí, které v konečné fázi vedou

k úmrtí člověka. Jak je již uvedeno, jedná se o dlouhodobý proces, který může trvat i řadu let (u Alzheimerovy nemoci deset a více). (Hauke & kol., 2017, s. 27-29)

Alzheimerova nemoc je jedním z nejčastějších onemocnění v západním světě a je jednou z pěti hlavních příčin úmrtí. Počet osob s Alzheimerovou nemocí narůstá, a to především v souvislosti s prodlužující se délkou života. (Hauke & kol., 2017, s. 23)

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, která se věnovala stárnutí populace, lidské životy se prodlužují v důsledku zlepšující se zdravotní péče a zlepšujících se životních podmínek, a tak přicházejí onemocnění, která přímo souvisí s dožitím se vyššího věku.

Podle České alzheimerovské společnosti (2016) počet lidí s tímto onemocněním postupem let v ČR stoupá. Kupříkladu v 60. letech žilo v ČR podle odhadů cca 49-55tis. lidí s demencí, v roce 1989 to bylo 73-81 tisíc lidí, na přelomu tisíciletí v roce 2000 89-98 tisíc a v roce 2015 necelých 156 tis. lidí. Dle projekce obyvatelstva z roku 2013 z ČSÚ ve střední variantě a aplikace poslední prevalenční studie Alzheimer Europe můžeme odhadnout, že v roce 2020 u nás bude žít téměř 183 tisíc lidí s Alzheimerovou chorobou či jinou formou demence a v roce 2050 to bude dokonce 383 tisíc lidí.

Demencí onemocní cca 1% lidí ve věku 60-64 let, ve věku 75-79 let každý dvanáctý člověk, ve věku 85-89 let každý čtvrtý a nad 95 let téměř každý druhý člověk, což je 45%. (Tomeš, Šamalová, & kol., 2017, s. 109)

Při popisu typů demencí není cílem si je všechny vyjmenovat a popsat, ale spíše přiblížit základní typy demencí, se kterými se můžeme setkat.

Podle České alzheimerovské společnosti (2015) je výskyt Alzheimerovy choroby nejčastější. Alzheimerova choroba je nejrozšířenější příčinou demence. Podle výzkumů Alzheimer's Disease International je rozdělení příčin demence následující:

- 62 % Alzheimerova nemoc
- 17 % vaskulární demence
- 10 % smíšené demence
- 5 % Parkinsonova nemoc
- 2 % jiné degenerativní onemocnění mozku

Přestože některé výzkumy jako např. výzkumy World Health Organization ukazují jiná procenta, je jasné, že Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence.

### **2.1.1 Alzheimerova nemoc**

Alzheimerova nemoc patří mezi nejčastější onemocnění, které je jednou z pěti hlavních příčin úmrtí v západním světě, proto je nazývána „nemocí století“. (Hauke & kol., 2017, s. 23)

Alzheimerova nemoc je postupně progredující závažné onemocnění, které se může u každého jednotlivce lišit svým průběhem i délkou trvání, což je ovlivněno odlišností celkové osobnosti člověka, genetickou dispozicí, celkovým psychickým i fyzickým stavem jedince a v neposlední řadě také přidruženými onemocněními. (Hauke & kol., 2017, s. 48)

#### **Rozlišujeme dva typy Alzheimerovy nemoci:**

1. **presenilní**, jež má časný počátek, a to před 65. rokem věku, a je podmíněna především geneticky;
2. **senilní**, jež nastupuje po 65. roku věku a její výskyt je častější.

Alzheimerovou nemocí presenilního typu onemocní cca 10% z celkového počtu nemocných. (Česká alzheimerovská společnost, 2018)

Alzheimerova nemoc se z počátku projevuje velmi nenápadně a vyvíjí se pozvolna, pomalu a plynule. Počáteční projevy mají proto členové rodiny či další blízké osoby tendenci přehlížet či bagatelizovat. Ostatně jistě není lehké si připustit, že člověk nám blízký se začne postupně měnit před našima očima a jeho podoba, jak jsme ho znali celý život, se začne pomalu vytrácet. Mezi nejdůležitější příznaky patří:

1. porucha paměti
2. postupná ztráta mechanických dovedností
3. ztráta orientace
4. potíže v komunikaci
5. změny osobnosti
6. ztráta soběstačnosti.



U Alzheimerovy nemoci je prvotně poškozena krátkodobá paměť. Člověk si tedy nepamatuje především události, které se udály v nedávném čase, čímž je míněno v řádu hodin či dnů. Naopak dlouhodobá paměť bývá relativně dobře zachována. Není proto divu, že si osoba s tímto onemocněním nepamatuje, co se dělo toho dne, ale je schopna vyprávět příběhy z mládí. Porucha paměti se zpočátku projevuje pouze nápadnou zapomětivostí. Zapomíná jistě každý člověk. Lidský mozek musí denně zpracovávat nepřeborné množství informací, což má za následek přetížení mozku, a tím pádem začneme zapomínat. Většinou se nejedná o nic zásadního a zapomínání nemá vážné následky. U lidí s demencí se již jedná o zásadnější projevy zapomínání. Osoba s touto nemocí kupříkladu zapomene vypnout sporák, vypnout vodu apod. Následky mohou být fatální. S touto fází nemoci se pojí i porucha exekutivních funkcí, tj. plánování a organizování. Nemocný v této fázi ztrácí schopnost např. uvařit si oběd, najíst se, vzít si léky apod. Blízkým trvá většinou dlouho, než pochopí, že není něco v pořádku, protože na nemocném člověku není v podstatě nic vidět. Nemocný sám si může začít problémy uvědomovat a také se začít vyhýbat situacím, ve kterých se necítí jistě. Okolí může toto brát jako lenost nebo lhostejnost. Nemocný sám ovšem nezdědka začíná trpět depresemi a frustrací. Tyto stavy mohou provázet projevy, jako je nadměrný příjem potravy, nadměrné pití či kouření, nebo naopak člověk odmítá příjem jídla i tekutin. Při ztrátě krátkodobé paměti si člověk nepamatuje, kam si uložil věci a nastává období velkého hledání. Zde může dojít k mnoha konfliktním situacím, kdy nemocný obviňuje své okolí z toho, že mu věci buď přemísťuje, nebo dokonce bere. (Hauke & kol., 2017, s. 48-49)

S postupující nemocí se začíná rozpadat i dlouhodobá paměť, a to zvláštním způsobem. Ztráta paměti postupuje od nejbližších časových údajů po ty nejvzdálenější. Jako poslední na řadu přicházejí vzpomínky z dětství. Často, ne-li téměř vždy, se setkáme s tím, že nemocný nepoznává své blízké, včetně vlastních dětí. Když se zamyslíme, tak je to logické. Člověk si přestává vybavovat tu část života, kdy se mu děti narodily, nebo je nepoznává, protože je má uchované jako malé a ti dospělí neznámí lidé, kteří za ním přicházejí, jsou zkrátka cizí. Nikdy předtím je neviděl. Očekává, že jeho děti jsou malé, a tak, jak vypadají teď, je nezná. Toto je velmi složité a bolestivé právě pro blízké osoby nemocného. (Hauke & kol., 2017, s. 50-51)

Postupná ztráta mechanických dovedností znamená, že člověk ztrácí schopnost využívat dovednosti, které se naučil v průběhu života. Člověk přestává používat moderní přístroje a začíná se vracet ke starým způsobům, které zná z mládí a dětství. Například namísto uvaření vody v rychlovarné konvici začne vařit vodu na sporáku, místo použití vysavače zametá koberec koštětem. V další fázi začíná mít nemocný problémy s oblékáním (není schopen si sám vybrat oblečení a správně ho navrstvit nebo vůbec rozpoznat, na kterou část těla daný kus oblečení vlastně patří), neví, jak se používá mýdlo, k čemu je vlastně ručník, neumí si namazat chleba, neumí použít příbor apod. I tento proces je postupný. V první řadě člověk ztrácí schopnost vykonávat složitější činnosti – tzv. instrumentální všední činnosti (nakupování, vaření, uklízení, péče o dům či zahradu, nakládání s financemi, řízení automobilu apod.). V další fázi přichází na řadu neschopnost vykonávat základní sebeobslužné činnosti (výkon osobní hygieny, používání WC, jídlo, pití, užívání léků apod.). Postupně se zhoršuje i hybnost, čímž v konečné fázi zůstává nemocný upoutaný na lůžko. (Hauke & kol., 2017, s. 51-52)

S rozvojem nemoci dochází ke ztrátě orientace, kdy nemocný ztrácí pojem o čase (neví, kolik je hodin, jaké je datum, roční období). Přestává se orientovat v prostoru (zpočátku není orientovaný na nových místech a postupně ani ve svém přirozeném prostředí). Jak již bylo zmíněno v souvislosti se ztrátou paměti, přestává poznávat své přátele, známé i rodinné příslušníky. (Hauke & kol., 2017, s. 52)

Potíže s komunikací jsou způsobené především zhoršenou výbavou slovní zásoby. Člověk zapomíná slova a přestává rozumět jejich významům (neví, co slova znamenají). Komunikací s takto nemocným člověkem se podrobněji bude zabývat jedna z následujících podkapitol.

Změny osobnosti způsobené nemocí mohou být zásadní. V důsledku může dojít k naprosté změně osobnosti, což je opět velmi složité a stresující především pro rodinné příslušníky. Najednou je před nimi úplně jiný člověk, kterého neznají, a neví, co si s nastalou situací počít. Je těžké si připustit, že člověk, kterého známe celý život, je najednou pryč. Mění se i emotivní reakce nemocného, což je velmi zásadní. Již není možné předpokládat, že na některou situaci zareaguje způsobem, na který byl blízky zvyklý. Narušeno je zásadním způsobem i sociální chování. Nemocný neví, jak se má

chovat ve společnosti druhých lidí a v určitém prostředí, kde se nachází. Neví a neumí respektovat základní společenské normy. Velmi často dochází k tomu, že člověk odchází z domu a bloumá po ulicích. (Hauke & kol., 2017, s. 52-53)

Ztráta soběstačnosti znamená, že nemocný jedinec ztrácí schopnost postarat se sám o sebe a s postupem nemoci je čím dál víc závislý na pomoci a péči druhé osoby. Postupem času je na péči druhé osoby odkázán zcela. (Hauke & kol., 2017, s. 54)

### **2.1.2 Vaskulární demence**

Jedná se o velmi širokou skupinu syndromů demence, které se liší způsobem a místem postižení cévního zásobení mozku. Vaskulární demence je způsobena především důsledkem různých mozkových příhod, ke kterým dochází postupně jednorázově, tudíž není její průběh pozvolný a plynulý jako např. u Alzheimerovy nemoci. Vaskulární demence zpravidla přímo souvisí s dalšími onemocněními, které člověk má a které jsou rizikovými faktory právě pro vznik mozkových příhod. Jedná se o nemoci jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu apod. (Hauke & kol., 2017, s. 34-35)

### **2.1.3 Demence při Parkinsonově nemoci a demence s Lewyho tělísky**

Jedná se v podstatě o jedno a totéž onemocnění, které je způsobeno patologickým ukládáním proteinu presenilinu v mozkové kůře a podkorových oblastech bazálních ganglií. Lidé s tímto druhem demence velmi často trpí zrakovými halucinacemi a dochází u nich k významnému kolísání jejich stavu v relativně krátkých časových intervalech (hodiny, dny). (Hauke & kol., 2017, s. 35)

### **2.1.4 Frontotemporální lobární degenerace**

I v tomto případě se jedná o skupinu různých onemocnění, které jsou shrnuty pod jeden pojem. Nejcharakterističtějším zástupcem tohoto druhu onemocnění je tzv. frontotemporální demence, u které dochází k výrazným poruchám chování. V zásadě se na toto onemocnění přijde až po hospitalizaci na psychiatrii. Dochází k závažným

poruchám chování, které je z hlediska společenských norem nepřijatelné. Tyto poruchy chování mívají často i sexuální zaměření. (Hauke & kol., 2017, s. 35-36)

Nejen na tato výše uvedená onemocnění, jsou důvodem omezení svéprávnosti a neschopnosti adekvátně posoudit životní situace, proto další duševní onemocnění popisují v další podkapitole.

## **2.2 Jiná duševní onemocnění**

Člověk s duševním onemocněním není schopen adekvátně sociálně fungovat v rámci norem svého sociokulturního prostředí. U lehčích forem duševního onemocnění může být dostačující pomoc lékařů-psychiatrů, kteří především nasadí nemocnému vhodnou medikaci, a také pomoc sociálních pracovníků, kteří se snaží podpořit v klientovi to zdravé a pokouší se zvýšit jeho kompetence k sociálnímu fungování ve společnosti. Velmi důležité je, aby pomáhající pracovník měl dostatečné informace o klientově nemoci, neboť musí vědět, jakým způsobem s ním pracovat a motivovat ho. Stejně tak je důležité, aby byl sociální pracovník informovaný o tom, z jakého sociálního prostředí klient pochází, jaké má zázemí a také znal jeho silné a slabé stránky. (Mahrová, Venglářová, & kol., 2008, s. 69-71)

### **2.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy**

Schizofrenní poruchy jsou charakteristické poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená. Mysl člověka se schizofrenní poruchou je ovlivněna mnoha aspekty, které brání třídění podstatných informací a neumožňují adekvátně vyhodnotit dané situace. Toto onemocnění je často doprovázené bludy různého charakteru (vztahovačné, persekuční, erotomanické, religiózní, extrapotenční, hypochondrické apod.). Dále nemocný trpí různými halucinacemi, a to buď sluchovými či zrakovými. V menší míře se mohou vyskytnout i halucinace chuťové či čichové. (Mahrová, Venglářová, & kol., 2008, s. 75-77)

### **2.2.2 Mentální retardace**

Mentální retardace se vyznačuje nízkým IQ (přibližně 70 a méně), narušeným adaptačním chováním v komunikaci, sebeobsluze, sociálních nebo školních dovednostech. Jedinec s mentální retardací má omezené možnosti zaměstnání i společenského uplatnění. Mentální stav jedince je srovnatelný s úrovní dítěte, tudíž je logické, že takto nemocný člověk není schopen domýšlet důsledky právního jednání. I u tohoto duševního onemocnění jsou různé typy postižení. Od lehké mentální retardace až po těžkou mentální retardaci. U těžké formy není člověk schopen pečovat ani o své základní potřeby a potřebuje stálou pomoc a dohled. (Mahrová, Venglářová, & kol., 2008, s. 88)

Ať už se jedná o demenci nebo jiné duševní onemocnění, je velmi důležité znát specifika cílové skupiny a zvláštnosti komunikace s nimi. V další podkapitole se proto věnuji právě komunikaci s osobami s duševním onemocněním.

### **2.3 Komunikace s osobami s duševním onemocněním**

Komunikace s osobami s duševním onemocněním je velmi specifická a důležitá právě pro téma celé práce. Správná komunikace je klíčem ke správnému vyhodnocení, zda člověk s možnými projevy vážně míněného nesouhlasu ho opravdu projevuje nebo zda se jedná pouze o volání o pomoc a je chyba v sociální práci s klientem či špatně nastavené medikaci.

Komunikace je pro životy nás všech naprosto nezbytná. Komunikovat lze různými způsoby, ať verbálně či neverbálně a správně komunikovat je umění. V sociální práci je komunikace a její umění hlavním nástrojem sociálních pracovníků a dalších pomáhajících profesí. Ztotožňuji se s autorkou článku Systemická a na člověka orientovaná komunikace Mgr. Markétou Vaculovou v názoru, že nejlepším způsobem komunikace je komunikace ovlivněná systemickým, na řešení zaměřeným přístupem k člověku, který zohledňuje jeho potřeby. (Systemická a na člověka orientovaná komunikace, 2017 stránky 22-25)

Přístup zaměřený na člověka (PCA-person centered approach) je psychologický směr, jehož mentorem byl americký psycholog Carl Ransom Rogers, který tvrdil, že „pouhá“ akceptace klienta a empatie mají ve vztahu s klientem terapeutický vliv. Na člověka

zaměřený směr je stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Jeho jedinečnosti tkví v tom, že těžištěm je spíše proces vztahu (člověka/klienta s pracovníkem) než problémy a konflikty. (Nykl, 2012, s. 15)

V komunikaci s člověkem s jakoukoliv formou duševního onemocnění je důležitější důkladně se soustředit na to, co vlastně chce klient sdělit. Důležité je uvědomit si, že je nutné správně vyhodnotit i neverbální projevy komunikace, a to zejména u klientů imobilních a verbálně nekomunikujících. Správně zvolený způsob komunikace zvyšuje důvěru klienta a je předpokladem vytvoření dobrého vztahu, a tím i lepší spolupráce. Důležité je, aby člověk, který s klientem komunikuje, znal dobře specifika chování a komunikace cílové skupiny. V rámci rozhovoru je zásadní si vždy ověřit, že sdělení klienta správně pochopil. (Vaculová, 2017, s. 14-17)

Velmi záleží na prvním kontaktu a na tom jaký vztah při něm pracovník s klientem naváže. Vnímavý kontakt je pro dobrou spolupráci velmi důležitý. Je třeba si uvědomit, že je nutné se oprostit od hodnotících soudů, které by mohly zkreslovat naše vnímání toho, co nám vlastně druhá strana chce sdělit. Správně člověku porozumět předpokládá empatii, schopnost vcítit se do druhého člověka a umět si představit, co se v druhém člověku odehrává. (Kopřiva, 1997, s. 106-107)

V komunikaci u osob s duševním onemocněním, především u osob s demencí, je nezbytné počítat se zvláštností komunikace a možnými bariérami, se kterými se můžeme setkat. Při rozhovoru je důležité pokusit se zajistit klidné prostředí a nechat klientovi dostatek prostoru pro vyjádření. Musí být respektováno klientovo tempo mluvy. Člověk trpící demencí již nemá takovou slovní zásobu a potřebuje více času, aby se vyjádřil, tedy je zásadní přizpůsobit se kognitivním schopnostem klienta. Na straně pracovníka je velmi důležitý tón hlasu, intonace a melodie. Je-li hlas klidný, přiměřeně tichý a laskavý, navozuje u klienta pocit bezpečí a jistoty. Zásadní je také aktivní naslouchání, které je nezbytným předpokladem úspěšné komunikace, vyjadřuje respekt ke klientovi a slouží k navázání bezpečného vztahu. (Hauke & kol., 2017, s. 67-73)

Podle Hauke & kol., 2017, s. 74-75 patří mezi základní metody aktivního naslouchání:

- oceňování – ocenění, co se klientovi povedlo, vede ke zvyšování sebevědomí
- parafrázování – v průběhu rozhovoru pracovník sděluje svými slovy, co od klienta slyší

a nabídne mu tak zpětnou vazbu

- zrcadlení emocí – pracovník pojmenovává emoce, které rozhovor doprovází
- shrnování – slouží k tomu, aby se obě strany ujistily, že si porozuměly. Někdy může být prospěšnější ponechat shrnutí na klientovi, aby se pracovník ubezpečil, že opravdu klientovu sdělení porozuměl. Klientovo ano nemusí vždy odpovídat realitě.

### **Shrnutí**

Smyslem této kapitoly bylo popsat různé typy duševních onemocnění. Demence a její typy přímo souvisí se zvyšováním se věku dožití. Jiná duševní onemocnění nejsou na věku závislá. Lidé s duševním onemocněním ztrácí schopnost adekvátního posouzení každodenních záležitostí. V praxi se každodenně setkávám s lidmi s různými formami demence, alzheimerovou chorobou a dalšími duševními onemocněními. Téměř všichni jsou přesvědčeni, že nepotřebují péči, protože vše zvládnou sami. Tím pádem nepotřebují být umístěni v žádném pobytovém sociálním zařízení a jsou plně schopni o sobě rozhodovat. Komunikace s touto cílovou skupinou je někdy velmi problematická a je nutné být vybaven notnou dávkou empatie a trpělivosti.

### 3 Omezení svéprávnosti

V této kapitole se věnuji omezení svéprávnosti a souvisejícím pojmům v kontextu zákonů.

Svéprávnosti nabývá člověk dovršením věku 18 let, kdy je zodpovědný za veškeré své právní jednání. Jsou ovšem i jiné situace a okolnosti, kdy je osoba nezletilá uznána samostatně právně jednat.

*„Před nabytím zletilosti se plné svéprávnosti nabývá přiznáním svéprávnosti, nebo uzavřením manželství. Svěprávnost nabytá uzavřením manželství se neztrácí ani zánikem manželství, ani prohlášením manželství za neplatné.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 30, odst. 2)*

Dle § 31 OZ se má za to, že každý nezletilý, jež nenabyl ještě plné svéprávnosti, je co do povahy přiměřeným rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku způsobilý k právním jednáním.

*„Udělil-li zákonný zástupce nezletilému, který nenabyl plné svéprávnosti, ve shodě se zvyklostmi soukromého života souhlas k určitému právnímu jednání nebo k dosažení určitého účelu, je nezletilý schopen v mezích souhlasu sám právně jednat, pokud to není zákonem zvlášť zakázáno; souhlas může být následně omezen i vzat zpět.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., § 32, odst. 1)*

Tento souhlas může být omezen či vzat zpět pouze rozhodnutím soudu.

*„Nezletilý, který dovršil patnáct let, se může zavázat k výkonu závislé práce podle jiného právního předpisu. Jako den nástupu do práce nesmí být sjednán den, který by předcházela dni, kdy nezletilý ukončí povinnou školní docházku.“ (Zákon č. 89/2012 Sb., § 35)*

*„Navrhne-li nezletilý, který není plně svéprávný, aby mu soud přiznal svéprávnost, soud návrhu vyhová, pokud nezletilý dosáhl věku šestnácti let, pokud je osvědčena jeho schopnost sám se živit a obstarat si své záležitosti a pokud s návrhem souhlasí zákonný*



*zástupce nezletilého. V ostatních případech soud vyhoví návrhu, je-li to z vážných důvodů v zájmu nezletilého.*“ (Zákon 89/2012 Sb., § 37, odst. 1)

*„Za podmínek stanovených v odstavci 1 soud přizná nezletilému svéprávnost i na návrh jeho zákonného zástupce, pokud nezletilý s návrhem souhlasí.“* (Zákon 89/2012 Sb., § 37, odst. 2)

*„Nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.“* (Zákon 89/2012 Sb., § 95)

*„Má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná.“* (Zákon 89/2012 Sb., § 100, odst. 1)

Dále upravují § 101-103 OZ.

*„Má se za to, že každá svéprávná osoba má rozum průměrného člověka i schopnost užívat jej s běžnou péčí a opatrností a že to každý od ní může v právním styku důvodně očekávat.“* (Zákon č. 89/2012 Sb., § 4, odst. 1)

*„Svéprávnost je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat).“* (Zákon č. 89/2012 Sb., § 15 odst. 2)

Svéprávnosti nelze člověka úplně zbavit, lze ji ovšem omezit.

*„Omezit svéprávnost člověka může jen soud.“* (Zákon č. 89/2012 Sb., § 56, odst. 1)

*„K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.“* (Zákon 89/2012 Sb., § 55, odst. 1)

*„Omezit svéprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 55, odst. 2)*

### **3.1 Důvody omezení svéprávnosti**

Důvodem k omezení svéprávnosti je fakt, že člověk již není schopen samostatně právně jednat. Není schopen v důsledku onemocnění vyhodnotit správně situace a důsledky svého jednání. Jedná se o onemocnění, jež jsou způsobena poškozením mozku, snižují a mění jeho funkce. V případě, že již člověk není schopen samostatně právně jednat, musí mu být stanoven opatrovník.

*„V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku opatrovníka. Při výběru opatrovníka přihlídnou soud k přáním opatrovance, k jeho potřebě i k podnětům osob opatrovanci blízkých, sledují-li jeho prospěch, a dbá, aby výběrem opatrovníka nezaložil nedůvěru opatrovance k opatrovníkovi.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 62)*

*„Opatrovník při plnění svých povinností naplňuje opatrovancova právní prohlášení a dbá jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlíží a zařizuje opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi. Není-li to možné, postupuje opatrovník podle zájmů opatrovance.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 467)*

*„Soud jmenuje opatrovníkem osobu, kterou navrhl opatrovanec. Není-li to možné, jmenuje soud opatrovníkem zpravidla příbuzného nebo jinou osobu opatrovanci blízkou, která osvědčí o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a schopnost projevovat jej i do budoucna. Není-li možné ani to, jmenuje soud opatrovníkem jinou osobu, která splňuje podmínky pro to, aby se stala opatrovníkem, nebo veřejného opatrovníka podle jiného zákona.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 471, odst.2)*

*„Způsobnost být veřejným opatrovníkem má obec, kde má opatrovanec bydliště, anebo právnická osoba zřízená touto obcí k plnění úkolů tohoto druhu; jmenování veřejného opatrovníka podle jiného zákona není vázáno na jeho souhlas.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 471, odst. 3)*

Problémem u opatrovníků, jež jsou osobami blízkými, může být fakt, že opatrovník nezná rozsah a hranice svých oprávnění. Přesně nedokáže posoudit, kde jsou hranice a kde již své kompetence při zastupování opatrovance překračuje. Stejně tak se může stát,

že nezná své povinnosti. Tyto problémové situace jistě úzce souvisí s tím, že osoba blízká jako opatrovník není dostatečně zasvěcena do oblasti sociální práce a nemá právní povědomí o úkonech spojených s výkonem funkce opatrovníka. V mnohých případech je opatrovníkovi nápomocen sociální pracovník, který mnohdy pomáhá opatrovníkovi s výkonem jeho funkce nad rámec svých povinností. (Mach, 2017, s. 28-29)

### 3.2 Opatrovanec

Opatrovanec je osoba, jejíž svéprávnost byla soudem omezena a byl jí stanoven opatrovník, jež má za úkol hájit její zájmy a uplatňovat její práva (právně jednat v zájmu opatrovance). Od ledna r. 2014 je institut zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům nahrazen institutem omezení svéprávnosti. Osobu lze omezit pouze v oblastech, o kterých rozhodne soud. Osoba může být omezena pouze v určitých oblastech (např. právní jednání a nakládání s majetkem – viz § 57 a §58 OZ) na dobu určitou . (Čeledová, Kalvach, & Čevela , 2016, s. 62-64)

*„Soud může omezit svéprávnost člověka v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 57, odst. 1)*

*„Má-li člověk obtíže dorozumívat se, není to samo o sobě důvodem k omezení svéprávnosti.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 57, odst. 2)*

*„Soud může v průběhu řízení o omezení svéprávnosti svěřit třetí osobě provedení určitých jednotlivých právních jednání nebo správu majetku, je-li to nutné, aby se zabránilo závažné újmě.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 58)*

*„Soud může svéprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nutnou pro její vyřízení, nebo na jinak určenou určitou dobu, nejdéle však na tři roky. Je-li zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, může soud svéprávnost omezit na dobu delší, nejdéle však na pět let.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 59, odst. 1)*

*„Uplynutím doby omezení svéprávnosti právní účinky omezení zanikají. Zahájí-li se však v této době řízení o prodloužení doby omezení, trvají právní účinky původního rozhodnutí až do nového rozhodnutí, nejdéle však jeden rok.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 59, odst.2)*

*„Změní-li se okolnosti, soud své rozhodnutí bezodkladně změni nebo zruší, a to i bez návrhu.“ (Zákon 89/2012 Sb., §60)*

Problematika vážně míněného nesouhlasu se týká osob výše popsaných, tedy omezených ve svéprávnosti, jejich opatrovníků a poskytovatelů pobytových sociálních služeb. Proto se v další kapitole věnuji stručnému popisu možných pobytových zařízení.

### **Shrnutí**

Tato kapitola měla za cíl vysvětlit pojmy omezení svéprávnosti, opatrovník a opatrovanec. Podstatnou částí jsou důvody, které vedou k omezení svéprávnosti a typy opatrovníků, se kterými je možné se v praxi setkat. Na tuto kapitolu je vázána část výzkumné části, kde zjišťuji typy opatrovníků u lidí omezených ve svéprávnosti v pobytových sociálních službách. Důležitá je otázka, která si klade za cíl zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů a zhodnocení kvality spolupráce s opatrovníky z pohledu oslovených respondentů.

## 4 Typy pobytových sociálních služeb

V této kapitole se věnuji popisu možných typů pobytových sociálních služeb, jelikož práce je zaměřená na výskyt VMN v různých typech těchto zařízení.

Pobytové sociální služby jsou v dnešní moderní době velmi důležitou institucí. S rozpadem tradiční společnosti a nástupem společnosti moderní je nezbytné, aby tato zařízení existovala. Stávají se stále žádanější a lidí, kteří jejich služby využívají, přibývá a zároveň se zvyšuje produktivní věk, tudíž rodina často není schopná se o svého blízkého postarat. Tento nárůst je ovlivněn více faktory. Nejzásadnější jistě je, že společnost stárne. Stárnutí populace již byla věnována jedna z přechodných kapitol. Cílem této práce není podrobně rozebrat typy pobytových sociálních služeb a jejich fungování. Vyjmenujeme si tedy jen typy pobytových sociálních služeb, ve kterých se můžeme setkat s problematikou vážně mýněného nesouhlasu. (Vlková, 2017, s. 22-23)

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozlišujeme následující pobytové sociální služby:

- § 44 odlehčovací služby
- § 47 týdenní stacionáře
- § 48 domovy pro osoby se zdravotním postižením
- § 49 domovy pro seniory
- § 50 domovy se zvláštním režimem
- § 51 chráněné bydlení
- § 52 zdravotnická zařízení lůžkové péče.

### 4.1 Odlehčovací služby

Odhlehčovací služby zajišťují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Cílem služby je umožnit nezbytný odpočinek jinak pečující osobě.

## **4.2 Týdenní stacionáře**

Týdenní stacionáře poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejich stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

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

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

## **4.4 Domovy se zvláštním režimem**

Domovy se zvláštním režimem zajišťují pobytové služby pro osoby, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Především u těchto osob je potřeba zajištění pravidelné pomoci jiné fyzické osoby. Domovy se zvláštním režimem mají režim přizpůsobený specifickým potřebám těchto osob.

## **4.5 Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení zajišťuje pobytové služby pro osoby, u nichž je snížená soběstačnost způsobena zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním včetně duševního onemocnění. Situace těchto osob vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Forma chráněného bydlení může být skupinová nebo individuální.

## **4.6 Zdravotnická zařízení lůžkové péče**

Zdravotnická zařízení lůžkové péče jsou zařízení, v nichž je zajišťována pobytová sociální služba osobám, které sice již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny fungovat bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou tím pádem být propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než je jim

zabezpečena pomoc buď osobou blízkou nebo jinou formou sociálních služeb, a to buď terénních, ambulantních nebo pobytových sociálních služeb.

Ze stručného popisu typů sociálních pobytových služeb a jejich cílových skupin vyplývá, že nejroznorodější je složení klientů v domovech se zvláštním režimem. V tomto typu zařízení spolu žijí osoby s nejrůznějšími diagnózami v různých stádiích nemoci. Je samozřejmě podstatné individuálně přistupovat ke každému klientovi. Každá osoba a diagnóza má odlišné potřeby a je nutné zajistit rozdílnou péči. Toto soužití může přinášet určité problémy, protože každá cílová skupina má svá specifika. Je nutná velká dávka tolerance a pochopení, které zajistí klidné společné soužití. (Vlková, 2017, s. 22-23)

### **Shrnutí**

Smyslem této kapitoly bylo vyjmenovat a stručně popsat typy pobytových sociálních služeb, kde je možné se setkat s VMN. Ve výzkumné části zjišťuji, v jakých typech pobytových zařízení nejčastěji pracují oslovení respondenti.

## 5 Vážně míněný nesouhlas

V této kapitole se věnuji přímo vážně míněnému nesouhlasu, jeho projevům a také postupu, kterým se poskytovatelé pobytových sociálních služeb musí řídit, když vyhodnotí, že se skutečně jedná o projev vážně míněného nesouhlasu.

### 5.1 Listina základních práv a svobod a Ústava ČR

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ (Zákon č.2/1993 Sb., čl. 1)

„Každý je způsobilý mít práva.“ (Zákon č.2/1993 Sb., čl. 5)

„*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“ (Zákon č.2/1993 Sb., čl. 7)

„*Osobní svoboda je zaručena.*“ (Zákon č.2/1993 Sb. čl. 8)

„*Základní práva a svobody jsou pod ochranou soudní moci.*“ (Zákon č. 1/1993, čl.4)

### 5.2 Vážně míněný nesouhlas

Vážně míněný nesouhlas je projevem člověka, který nesouhlasí s určitým jednáním, které je vůči němu činěno.

Budu se věnovat projevu vážně míněného nesouhlasu a jeho aspektů s pobytem v sociálních zařízeních poskytujících krátkodobé i dlouhodobé pobytové služby. Každý člověk má právo si zvolit, kde a jak bude žít. Musíme samozřejmě brát v úvahu schopnost každého konkrétního jednotlivce dobře vyhodnotit situaci a také reálné možnosti řešení. Měli bychom si uvědomit, že kupříkladu člověk mající duševní poruchu není již úplně schopen adekvátně posoudit svou životní situaci a své schopnosti samostatného života.



### 5.3 Uzavření smlouvy bez souhlasu

Sociální služby jsou poskytovány na základě uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb. Může ovšem nastat situace, kdy osoba není schopná uzavřít smlouvu s poskytovatelem sociální služby samostatně, a to z důvodu duševní poruchy. V tomto případě musí být při tomto právním jednání osoba zastoupena. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 7)

Jestliže zastupovaná osoba projeví souhlas s uzavřením smlouvy (verbálně i neverbálně), může opatrovník nebo obecní úřad s rozšířenou působností (dále jen ORP) tuto smlouvu uzavřít. Vzhledem ke způsobu komunikace je však nutné mít jistotu, že jde opravdu o projev souhlasu a učinit a tom zápis do dokumentace opatrovníka nebo ORP. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 7)

Smlouvu o poskytování pobytové sociální služby lze uzavřít i bez souhlasu, což upravuje zákon č. 189/2016 Sb.

*„(1) Opatrovník nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností, postupuje-li podle § 91 odst. 6, může za osobu, která s uzavřením smlouvy o poskytování pobytové sociální služby v zařízení sociálních služeb neprojevila souhlas, uzavřít takovou smlouvu a její změny pouze v případě, že*

*a) neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo její život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí*

*b) nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením.*

*(2) Podmínku uvedenou v odstavci 1 písm. a) posuzuje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě lékařského posudku vydaného poskytovatelem zdravotních služeb.“ (Zákon 189/2016 Sb. § 91 a)*

Pokud nemá osoba, kterou je nutné zastupovat při uzavření smlouvy, ustanoveného opatrovníka nebo zákonného zástupce, bude podle zákona 108/2016 Sb. §91 odst. 6 zastoupena ORP podle sídla zařízení, se kterým je smlouva o poskytování pobytové smlouvy uzavírána. ORP se o skutečnosti, že je nezbytné, aby za zájemce o službu právně jednal, dozví buď z vlastních poznatků vyplývajících ze sociální práce nebo od

poskytovatele pobytových sociálních služeb, který se na něj obrátí s žádostí o zastoupení při uzavření smlouvy. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 8)

ORP kontaktuje poskytovatele zdravotních služeb (praktického lékaře, lékaře v oboru psychiatrie či ošetřujícího lékaře) a vyžádá si posudek, z kterého je patrné, že zájemce o služby není schopen samostatně právně jednat. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 8)

#### **5.4 Vyjádření nesouhlasu s poskytováním sociální služby v průběhu jejího poskytování**

Vázně míněný nesouhlas musí být projevován aktivně, nestačí nevyjádření žádného projevu, jak je tomu v případě uzavření smlouvy o poskytování pobytové služby bez souhlasu. Nesouhlas by měl být jasný, srozumitelný a projev vůle dostatečně určitý. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14)

Nesouhlas může být vyjadřován verbálně i neverbálně nebo například faktickým jednáním (balení svých věcí a připravenost k odchodu ze zařízení s úmyslem se nevrátit, samotná snaha o opuštění zařízení s úmyslem se nevrátit, odmítání léků, jídla či nutných zdravotnických úkonů, odmítání nabízených služeb či pomoci, náhlé změny v chování, projevy agresivity, apod.). (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14)

Vždy je nutné každý případ posoudit individuálně. Pro posouzení, zda se jedná opravdu o vázně míněný nesouhlas či pouze projev nespokojenosti s určitou situací nebo projevem přání apod., je důležité dobře znát klientovu situaci, okolnosti, které vedly k umístění klienta do pobytové služby, způsoby klientovy předchozí komunikace, a také to, jestli je schopen projevit svou vůli a jakým způsobem to dělá. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14)

#### **5.5 Postup při podezření na VMN**

*„O právní jednání nejde, nelze-li pro neurčitost nebo nesrozumitelnost zjistit jeho obsah ani výkladem.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 553, odst.1)*

*„Byl-li projev vůle mezi stranami dodatečně vyjasněn, nepřihlíží se k jeho vadě a hledí se, jako by tu bylo právní jednání od počátku.“ (Zákon 89/2012 Sb., § 553, odst. 2)*

Pokud zaměstnanec, který si všimne chování klienta, jež by mohlo vyjadřovat VMN, vyloučí na základě individuální práce s klientem formou rozhovoru, pozorováním či jiným způsobem, že se nejedná o projev nespokojenosti či projevu přání atd., ohlásí podezření na VMN svému přímému nadřízenému (např. vedoucímu směny nebo sociálnímu pracovníkovi apod.). (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14-15)

Určený pracovník po zaznamenání podezření na VMN svolá bezodkladně multidisciplinární tým (dále jen MT) složený z vedoucího pracovníka řídicího přímou péčí o klienta, sociálního pracovníka, případně lékaře či lékaře z oboru psychiatrie. MT posoudí celkový zdravotní stav, sociální situaci a záznamy individuálního plánování péče. Výsledkem posouzení je vyhodnocení, zda je klient schopen adekvátně, vzhledem ke svým kognitivním schopnostem, vyjádřit a uvědomit si význam a důsledky svého jednání a zda se skutečně jedná o VMN či nikoliv. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14-17)

### **5.5.1 Oznamovací povinnost**

O průběhu a rozhodnutí jednání MT je vytvořen zápis, který je založen do dokumentace klienta. V případě rozhodnutí MT, že se jedná o VMN, určený pracovník oznámí tuto skutečnost do 24 hodin příslušnému soudu. Oznámení soudu musí být provedeno prokazatelným způsobem (písemně). Oznámení lze podat např. prostřednictvím ePodatelny (nutností je elektronický podpis) nebo datovou schránkou poskytovatele. V případě, že nelze oznámení podat ani jednou z těchto forem, je možné zaslat e-mailem, písemným oznámením osobně předaným na podatelně místně příslušného soudu nebo ústním oznámením na místně příslušném soudu. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, s. 14-17)

### **5.5.2 Vedení evidence**

Každý poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci VMN. V evidenci musí být uvedeny tyto údaje:

- jméno a příjmení, datum narození klienta
- datum zahájení poskytování pobytové sociální služby

- základní informace o opatrovníkovi (jméno a příjmení, kontaktní údaje)
- datum a četnost VMN
- záznam o splnění oznamovací povinnosti o VMN příslušnému soudu
- popis vyřešení situace
- záznam o předání informace o oznámení VMN soudu tomu, kdo za osobu projevující VMN smlouvu uzavřel.
- 

### **5.5.3 Postup soudu při projevu VMN**

Postup soudu při řešení VMN podléhá zákonu č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízení soudních, ve znění pozdějších předpisů, a to především v § 84 a následujících.

#### **Řízení o vyslovení nepřipustnosti držení v zařízení sociálních služeb**

##### § 84

*„Účastníkem je také opatrovník člověka, o jehož držení v zařízení sociálních služeb má být v řízení jednáno, a poskytovatel sociálních služeb.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84)*

*„V případě, že poskytovatel pobytové sociální služby neučiní oznámení podle zákona upravujícího sociální služby, jsou umístěný člověk nebo jeho zákonný zástupce oprávněni podat návrh na zahájení řízení.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84a, odst. 1)*

*„Soud je povinen věc projednat a rozhodnout nejpozději do 45 dnů ode dne zahájení řízení.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84a, odst. 2)*

*„Dospěje-li soud k závěru, že nejsou splněny podmínky poskytování pobytové sociální služby bez souhlasu podle jiného právního předpisu, rozhodne o nepřipustnosti dalšího držení člověka v zařízení pobytové sociální služby.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84a, odst. 3)*

*„Soud provede důkazy potřebné pro posouzení přípustnosti dalšího držení člověka v zařízení sociálních služeb; k tomu zejména vyslechně umístěného člověka, ošetřujícího lékaře, zaměstnance v zařízení sociálních služeb, kteří poskytují sociální služby umístěnému člověku, a další osoby, o jejichž vyslechnutí člověk, o jehož držení v zařízení sociálních služeb má být rozhodnuto, požádá, a vyzve osoby vykonávající*

*odbornou činnost v sociálních službách podle jiného právního předpisu—k podání písemné zprávy, jejímž obsahem jsou zejména informace o podmínkách a okolnostech držení v zařízení sociálních služeb, včetně hodnocení, zda nezbytnou péči o člověka lze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením. Je-li to nezbytné, soud přizve i další odborníky.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84a, odst. 4)*

*„Vyslovil-li soud nepřipustnost dalšího držení člověka v zařízení sociálních služeb, doručí toto rozhodnutí do 24 hodin od jeho vydání umístěnému člověku, dále jeho zástupci, opatrovníkovi pro řízení, poskytovateli sociálních služeb, Ministerstvu práce a sociálních věcí, soudu příslušnému pro řízení ve věcech opatrovnictví člověka a obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu má tento člověk místo trvalého nebo hlášeného pobytu. Soud zároveň učiní jiná vhodná opatření, aby se člověk mohl vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit a měl je k dispozici. Soudu příslušnému pro řízení ve věcech opatrovnictví člověka bude rozhodnutí doručeno i v případě, že bude vyslovena připustnost držení člověka v zařízení sociálních služeb.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84a, odst. 5)*

*„Vyslovil-li soud, že držení člověka v zařízení sociálních služeb je přípustné, nebo zastavil-li řízení, může být řízení ze stejných důvodů zahájeno až po uplynutí 30 dnů od právní moci rozhodnutí, kterým byla vyslovena připustnost držení člověka v zařízení sociálních služeb nebo kterým bylo řízení zastaveno.“ (Zákon 292/2013 Sb., § 84b)*

## **Shrnutí**

Tato poslední kapitola ukončuje teoretickou část bakalářské práce. Věnuje se přímo problematice VMN. Vysvětluje, jak postupovat a na co dbát při vyhodnocování, zda se jedná o VMN či nikoliv. Popisuje, jakým způsobem postupovat při podezření na VMN a jaké zásady a postupy je nutné dodržovat po vyhodnocení, že se jedná opravdu o problematiku VMN. Ve výzkumné části identifikuji výskyt a strategie řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů. Zajímá mě především, zda informovanost o VMN je z pohledu oslovených respondentů dostačující a jaké informace jim při řešení této problematiky chybí a potřebovali by je doplnit.

## **Shrnutí teoretické části**

V teoretické části se věnuji popisu pojmů souvisejících v problematikou vážně míněného nesouhlasu se zaměřením na charakteristiku klientů, u nichž je možné se setkat s projevy VMN. Identifikuji prostředí, kde se jsou tyto osoby umístěny, tedy různé typy pobytových sociálních služeb dle platné legislativy. Zabývám se otázkou, zda pracovníci v sociálních pobytových službách jsou schopni adekvátně posoudit, zda projevy klienta jsou skutečně projevy vážně míněného nesouhlasu, který je nutné řešit soudně, či zda klient pouze projevuje svou nepohodu z jiných vysvětlitelných důvodů, které je možné řešit v rámci organizace a ve spolupráci s opatrovníkem. Uvádím zákony, kterými se musí pracovníci v pobytových sociálních službách řídit v případě podezření na VMN u klienta.

Ve výzkumné části se věnuji otázce, jak klient z pohledu oslovených respondentů projevoval VMN a zároveň identifikaci spolupráce opatrovníka s opatrovnacem. Zkoumám, zda pracovníci v pobytových sociální službách postupují dle doporučeného postupu v souladu se zákonnými normami. Zjišťuji, zda respondenti skutečně vědí, co vlastně VMN je, jestli dokáží vyhodnotit, zda se skutečně o VMN jedná a vědí, jak v tomto případě dle zákona postupovat.

## Metodická část

V následující části své bakalářské práce se budu věnovat metodologii výzkumu. Nejprve si vymezím hlavní a vedlejší cíle výzkumu, které transformuji do tazatelských otázek pomocí operacionalizační tabulky. Dále zdůvodním vybranou výzkumnou strategii i s možnými negativními jevy a popíši jednotlivé metody použité při sběru dat.

### 5.6 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit informace o výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji z pohledu sociálních pracovníků. V průzkumu budu sledovat tyto oblasti:

- Omezení svéprávnosti klientů – zde pomocí dotazníku vlastní konstrukce budu zjišťovat počet a pohlaví klientů omezených ve svéprávnosti, typ opatrovníka, kvalitu spolupráce s opatrovníkem.
- VMN – v této oblasti budu zjišťovat informace o výskytu VMN, postup při projevu VMN, délku procesu od oznámení VMN až po rozhodnutí soudu, výsledek celého procesu, dostupnost a kvalitu informací k problematice VMN.

Jedná se o kvantitativní výzkum a použiji techniku dotazníkového šetření. Dotazník vlastní konstrukce rozešlu sociálním pracovníkům v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji v období listopad až prosinec 2018.

**DC 1: Zjistit strukturu klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN v praxi sociálních pracovníků. Jaký převládá věk, pohlaví apod.**

Cílem této otázky je zjistit strukturu klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu. Především zjistit, zda převládají ženy či muži a v jakém věku.

**DC 2: Zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů.**

Prostřednictvím této otázky chci zjistit, jakým způsobem probíhá práce opatrovníka s opatrovancem z pohledu sociálních pracovníků pobytových sociálních služeb ve Středočeském kraji.

**DC 3: Identifikovat výskyt a identifikovat strategie řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů.**

Předmětem zájmů této otázky je identifikovat výskyt problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji a identifikovat strategie při řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů.

**DC 4: Informovanost o VMN.**

Předmětem této otázky je zjistit, zda jsou sociální pracovníci v pobytových sociálních službách dostatečně informováni o problematice VMN, zda vědí, jak postupovat a také jaké informace jim popřípadě chybí.

**Tabulka 1 Operacionalizace výzkumných cílů**

<b>Dílčí výzkumné cíle</b>	<b>Nástroj</b>	<b>Respondent</b>	<b>Znaky dotazníku – tazatelské otázky</b>
DC 1: Struktura klientů s omezenou svéprávností v pobytových zařízeních v kontextu VMN	Dotazníkové šetření – Dotazník vlastní konstrukce	Sociální pracovník v pobytových službách ve Středočeském kraji	Zn. 6 Uveďte celkový počet klientů, kteří jsou omezení ve svéprávnosti.  Zn. 7 Jaké pohlaví klientů s omezenou svéprávností ve vašem zařízení převládá?  Zn. 8 Uveďte věk všech klientů s omezenou svéprávností ve vašem zařízení.



			Zn. 9 Uveďte celkový počet klientů, kteří mají veřejného opatrovníka a počet klientů, kteří mají soukromého opatrovníka
DC 2: Zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů	Dotazníkové šetření – Dotazník vlastní konstrukce	Sociální pracovník v pobytových službách ve Středočeském kraji	Zn. 10 V jakých intervalech probíhá kontakt klienta s opatrovníkem?  Zn. 11 V jakých intervalech probíhá kontakt sociálního pracovníka s opatrovníkem?  Zn. 19 Jaká byla či je spolupráce s opatrovníkem klienta, který VMN projevil?
DC 3: Identifikovat výskyt a identifikovat strategie řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů	Dotazníkové šetření – Dotazník vlastní konstrukce	Sociální pracovník v pobytových službách ve Středočeském kraji	Zn. 13 Setkali jste se ve vašem zařízení s VMN?  Zn. 14 Uveďte celkový počet klientů, u kterých jste se s projevy VMN setkali.  Zn. 15 Jaké pohlaví klientů, kteří projevovali VMN převládalo?  Zn. 16 Uveďte věk klientů, u kterých jste se setkali s projevy VMN.

			<p>Zn. 17 Jak byl VMN vyjadřován, jak se projevoval?</p> <p>Zn. 18 Jak jste situaci řešili? Popište Váš postup.</p> <p>Zn. 20 V jakém časovém intervalu jste dospěli k vyřešení problému s VMN?</p> <p>Zn. 21 Sdělte výsledek procesu. Jaké bylo rozhodnutí soudu?</p>
DC 4 Informovanost o VMN	Dotazníkové šetření – Dotazník vlastní konstrukce	Sociální pracovník v pobytových službách ve Středočeském kraji	<p>Zn. 12 Víte, co je VMN? Zkuste definovat.</p> <p>Zn. 22 Myslíte si, že dostupné informace k problematice VMN jsou dostačující?</p> <p>Zn. 23 Jaké informace byste potřebovali (uvítali) jako návod či pomoc v této situaci? Jaké informace Vám chybí?</p>

## 5.7 Typ výzkumu

Výzkum jsem zaměřila na zjištění informací o výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji. Pro vypracování výzkumné části bude využita kvantitativní výzkumná strategie technika výzkumného šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Data, která získám pomocí dotazníkového šetření, následně zpracuji do tabulek a grafů.

Výhodami dotazníkového šetření je eliminace rušivých vlivů, relativně rychlý sběr a analýza dat a nezávislost výsledku na výzkumníkovi. Nevýhodou může být příliš abstraktní, obecný výsledek a fakt, že výzkumník může opomenout důležité proměnné ze soustředěnosti na testování pouze určité teorie, která s těmito proměnnými nepočítá. (Disman, 2011)

## 5.8 Sběr dat

### Dotazníkové šetření

Výzkum byl proveden v období prosinec 2018 až únor 2019 ve Středočeském kraji. Dotazník byl rozeslán e-mailem sociálním pracovníkům v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji. Dotazník obsahuje celkem 23 otázek – 8 uzavřených, 5 polootevřených a 10 otevřených. Otázky č. 1, 3 a 4 jsou zaměřeny na zjištění základních informací o respondentech. Otázky č. 2 a 5 jsou orientované na zjištění typu a kapacity pobytového sociálního zařízení. Otázky č. 6, 7, 8 a 9 poskytují informace o složení klientů v pobytových sociálních zařízeních, především poměr klientů plně svéprávných a klientů omezených ve svéprávnosti. Otázky č. 10 – 21 jsou zaměřeny na vážně míněný nesouhlas (informace o výskytu, struktura klientů, kteří VMN projeví, postup při řešení projevů VMN, délka procesu od nahlášení po rozhodnutí soudu a spolupráci s opatrovníkem). Poslední dvě otázky mají za cíl zjistit dostupnost informací k problematice VMN. Dotazník byl poskytnut v elektronické podobě sociálním pracovníkům v pobytových zařízeních ve Středočeském kraji. Předpokládaný časový interval vyplnění dotazníku je cca 30 minut. Všichni respondenti byli obeznámeni se skutečností, že dotazník je zcela dobrovolný a anonymní.

## **5.9 Soubor respondentů**

Respondenty v kvantitativním výzkumu jsou sociální pracovníci v pobytových sociálních službách. Vybrala jsem si sociální pracovníky v zařízeních ve Středočeském kraji především z toho důvodu, že se jedná o kraj, kde pracuji a bydlím a situace v tomto kraji mě zajímá nejvíce. Výběr respondentů byl řízený.

Respondenty byly v 98% ženy a pouhé 2% muži. Více než polovina jich uvedla, že celkový počet sociálních pracovníků v zařízení jsou 2 a každý má na starosti různý počet klientů. Nejčastěji bylo uvedeno, že jeden sociální pracovník má na starosti 21 – 30 klientů.

Respondenti byli z různých typů pobytových sociálních služeb. Nejvíce respondentů uvedlo, že pracuje v Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem. Tyto dva typy pobytových sociálních služeb tvořily téměř 80% ze všech typů pobytových zařízení. V otázce kapacity zařízení byla nejčastější hodnota 51 – 100 klientů nebo do 50 klientů. Větší kapacitu uvedlo cca 25% respondentů.

## **5.10 Organizace a průběh výzkumu**

Před oslovením respondentů v dotazníkovém šetření jsem si vygenerovala ze seznamu poskytovatelů pobytových sociálních služeb všechna pobytová zařízení ve Středočeském kraji. Seznam poskytovatelů pobytových sociálních služeb ve Středočeském kraji čítal celkem 122 pobytových zařízení. Následně jsem si dohledala sociální pracovníky v těchto zařízeních a kontakty na ně (e-mailové adresy a telefonní čísla). Některé sociální pracovníky ze začátku seznamu jsem předem kontaktovala telefonicky, abych je připravila na skutečnost, že jim budu rozesílat dotazník, a poprosila jsem je o jeho vyplnění. Tyto rozhovory se ukázaly jako zbytečné a získala jsem pocit, že spíš sociální pracovníky odradí, než namotivují k vyplnění dotazníku.

Před samotným rozesláním dotazníku respondentům jsem si v rámci předvýzkumu vyzkoušela na několika sociálních pracovnících, zda je srozumitelný a jasný. Dle jejich připomínek jsem ho také dopracovávala, měnila až do podoby, která by měla být skutečně jednoznačná a srozumitelná.

Dotazník k vyplnění jsem rozesílala dne 13. 12. 2018 na všechny získané e-mailové adresy s vysvětlením a prosbou o jeho vyplnění. Průvodní text e-mailu jsem si důsledně promyslela a také konzultovala se svými kolegy, neboť jsem přesvědčená, že je velmi důležitý pro upoutání pozornosti respondentů a také k motivaci, že vyplnění právě tohoto dotazníku může být přínosem pro jejich další práci. Návratnost odpovědí byla pouhých 18 vyplněných dotazníků. Proto jsem dotazník rozeslala ještě jednou, a to 7. 1. 2019, a to jak s textem původním, tak i novým, který vysvětloval opětovné rozeslání a poděkování těm, kteří již dotazník vyplnili. Do 15. 1. 2019 vyplnilo dotazník ještě dalších 30 respondentů.

Při analýze dat jsem zjišťovala absolutní i relativní hodnoty.

## Interpretační část

### 6 Interpretace dílčích výzkumných cílů

Z odpovědí na e-maily vyplynulo, že ze 122 pobytových zařízení 20 vůbec pobytové služby neposkytují, přestože jsou uvedeny na seznamu poskytovatelů pobytových sociálních služeb. Tím se zúžil počet pobytových služeb ve Středočeském kraji, kteří mohou vyplnit rozeslaný dotazník, na 102. Celkově dotazník vyplnilo 48 sociálních pracovníků, což je 47% z celkového možného počtu.

#### 6.1 Interpretace DVC 1

V této kapitole jsem se zaměřila na vyhodnocení otázek týkajících se prvního dílčího cíle. Prvním dílčím cílem bylo: **Zjistit strukturu klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN v praxi sociálních pracovníků. Jaký převládá věk, pohlaví apod.** K vyhodnocení tohoto dílčího cíle sloužily otázky 6, 7, 8, a 9 z dotazníkového šetření.

##### **Otázka č. 6: Uveďte celkový počet klientů, kteří jsou omezení ve svéprávnosti**

Tato otázka podala informace o počtu klientů s omezenou svéprávností v pobytových sociálních službách. Na otázku odpovědělo 48 respondentů. 4 z nich uvedli, že v zařízení nemají klienty s omezenou svéprávností, 8 respondentů uvedlo 1 klienta, 5 respondentů uvedlo 2 klienty, 3 respondenti uvedli 3 klienty s omezenou svéprávností, 7 respondentů uvedlo 4 klienty, 15 respondentů – z toho vždy jeden uvedly různé počty klientů s omezenou svéprávností v zařízení a to 5, 6, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 20, 34, 39, 45, 48, 72 a 89, další dva respondenti uvedli 6 klientů, dva 23 klientů a zbylí dva 28 klientů. Celkový počet klientů ve 48 zařízeních je 612 klientů omezených ve svéprávnosti z celkového počtu klientů.

**Tabulka 2** Základní statistické údaje ke struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – počet klientů s omezenou svéprávností

<b>Celkový počet klientů v zařízení, kteří jsou omezení ve svéprávnosti.</b>	<b>Počet zařízení</b>	<b>Celkový počet klientů</b>
0	4	0
1	8	8
2	5	10
3	3	9
4	7	28
5	1	5
6	1	6
7	2	14
10	1	10
11	1	11
12	1	12
15	1	15
17	1	17
18	1	18
20	1	20
23	2	46
28	2	56
34	1	34
39	1	39
45	1	45
48	1	48
72	1	72
89	1	89
<b>Celkový součet</b>	<b>48</b>	<b>612</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 7 Jaké pohlaví klientů o omezenou svéprávností ve vašem zařízení převládá?**

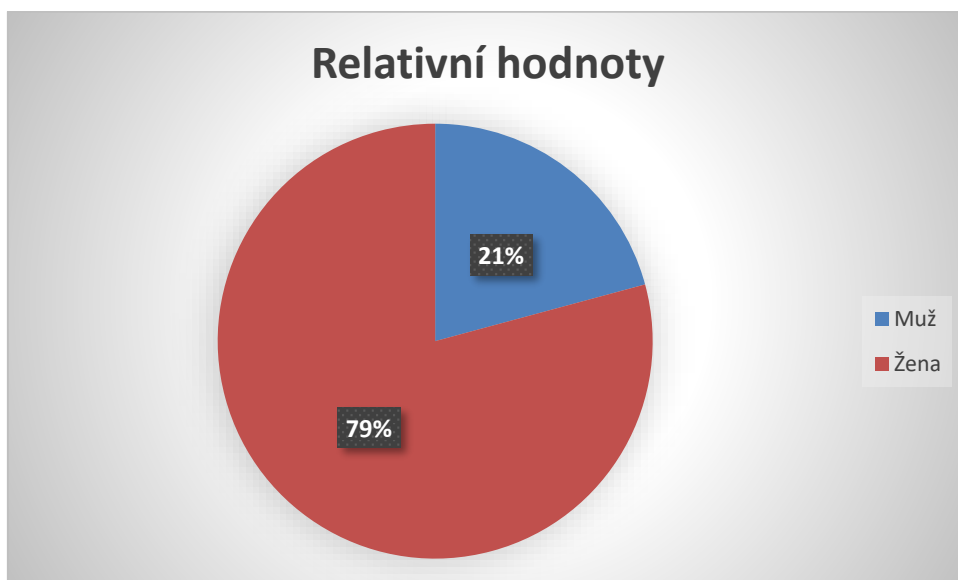
Tato otázka měla za cíl zjistit, u kterého pohlaví dochází nejčastěji k omezení svéprávnosti. Z celkového počtu 48 odpovědí odpovědělo 38 respondentů, že u klientů omezených ve svéprávnosti převládají ženy a 10 respondentů uvedlo převahu mužů. V relativních hodnotách to je 79,20% převážně ženy a 20,80% muži.

**Tabulka 3** Základní statistické údaje ke struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – pohlaví klientů s omezenou svéprávností

Pohlaví	Počet klientů	
	Relativní hodnoty	Absolutní hodnoty
Muž	10	20,80%
Žena	38	79,20%
<b>Celkový součet</b>	<b>48</b>	<b>100,00%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Graf č. 1** Pohlaví klientů s omezenou svéprávností



**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 8:** Uved'te, prosím, věk všech klientů s omezenou svéprávností ve vašem zařízení.

Tato otázka měla za cíl zjistit, v které věkové kategorii je nejvíce klientů omezených ve svéprávnosti. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že největší počet klientů s omezenou svéprávností je ve věkové kategorii do 60 let, následuje věková kategorie 61-70 let a poté věková kategorie klientů ve věku 81 a více let. Nejméně klientů omezených ve svéprávnosti je ve věkové kategorii 61-70 let. V relativních hodnotách je



to 56% klientů do 60 let, 17% klientů ve věku 71-80 let, 14% 81 a více let a 13% klientů ve věkové kategorii 61-70 let.

Absolutně nejvíce klientů omezených ve svéprávnosti je ve věku do 60 let, a to více než polovina z celkového počtu, naopak nejméně klientů omezených ve svéprávnosti je ve věkové kategorii 61-70 let. Je nutno podotknout, že hodnoty v ostatních věkových kategoriích vyjma kategorie do 60 let se výrazně nelišily. U 56 klientů respondenti věkovou kategorii neuvedli.

**Tabulka 4 Základní statistické údaje o struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – věk klientů s omezenou svéprávností**

Věk	Počet klientů	
	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
do 60 let	309	50,50%
61-70 let	75	12,30%
71-80 let	96	15,70%
81 let a více	76	12,40%
Neuvedeno	56	9,10%
<b>Celkem</b>	<b>612</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 9: Uveďte celkový počet klientů, kteří mají veřejného nebo naopak soukromého opatrovníka.**

U této otázky bylo cílem zjistit, zda má více klientů veřejného, nebo naopak soukromého opatrovníka. Na otázku odpovědělo celkem 48 respondentů. Celkově respondenti uvedli 200 klientů s veřejným opatrovníkem a 309 klientů, kteří mají opatrovníka soukromého. U 103 klientů respondenti typ opatrovníka neuvedli. V relativních hodnotách je to 39% klientů s veřejným opatrovníkem a 61% klientů s opatrovníkem soukromým.

**Tabulka 5 Základní statistické údaje o struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN - typ opatrovníka**

Typ opatrovníka	Počet klientů	
	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
<b>Veřejný opatrovník</b>	200	32,70%
<b>Soukromý opatrovník</b>	309	50,50%
<b>Neuvedeno</b>	103	16,80%
<b>Celkem</b>	<b>612</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí DVC 1:** Z dotazníkového šetření vyplynulo, že počet osob omezených ve svéprávnosti v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji, kdy celkový počet klientů byl 612 klientů omezených ve svéprávnosti v celkem 48 zařízeních, se nejčastěji pohybuje v počtech 1 a 4 klienti omezení ve svéprávnosti z celkového počtu klientů v jednom zařízení, další nejčastější odpovědi byli 2 klienti omezení ve svéprávnosti, následuje hodnota 3 klienti. Poslední hodnoty, které se objevily více než jednou, byly 7, 23 a 28 klientů, kdy tyto hodnoty uvedli vždy dva respondenti. Jiné hodnoty již uváděl vždy jen 1 respondent a jsou různé. Výsledkem je, že 38 z celkového počtu 48 respondentů, uvedlo hodnotu do 20 klientů omezených ve svéprávnosti z celkového počtu klientů v zařízení a 10 respondentů uvádělo vyšší počty klientů omezených ve svéprávnosti. V relativních hodnotách 77% respondentů uvádí maximální počet klientů omezených ve svéprávnosti do 20 a 23% uvedlo počet klientů vyšší než 20. Naprostá většina respondentů uvedla, že u klientů omezených ve svéprávnosti převládají ženy. Převahu žen u klientů omezených ve svéprávnosti uvedlo celkem 79,2% respondentů.

Nejčastěji uváděný věk u klientů s omezenou svéprávností byl do 60 let. Tuto věkovou kategorii uvedlo 50,50% všech respondentů. V ostatních věkových kategoriích byly hodnoty vyrovnané a výrazně se nelišily. 16,80% respondentů věk u klientů omezených ve svéprávnosti vůbec neuvedlo.

V otázce typu opatrovníka uvedli respondenti v 50,50% klientů omezených ve svéprávnosti opatrovníka soukromého, u 32,70% klientů uvedli veřejného opatrovníka. Hodnoty se od sebe výrazně neliší, přesto soukromí opatrovníci převažují. U 16,80%

klientů omezených ve svéprávnosti na otázku týkající se typu opatrovníka nebyl uveden žádný z nich.

## 6.2 Interpretace DVC 2

V této kapitole jsem se věnovala vyhodnocení dílčího cíle: **Zjistit průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů.**

Druhý dílčí cíl jsem testovala kvantitativně ve třech otázkách v dotazníkovém šetření, kdy jsem zjišťovala, zda z pohledu sociálních pracovníků projevuje opatrovník dostatečný zájem o svého opatrovance a má o jeho situaci a potřebách dostatečný přehled. V kvantitativním výzkumu jsem použila otázky č. 10, 11 a 19 z dotazníku.

### Otázka č. 10: V jakých intervalech probíhá kontakt opatrovníka s klientem?

Tato otázka měla za cíl zodpovědět, jak často probíhá kontakt opatrovníka s opatrovancem. Z celkového počtu odpovědí od 48 respondentů uvedlo 10 z nich, že kontakt opatrovníka s opatrovancem probíhá 2x do měsíce, 8 jich uvedlo 1x do měsíce, 1 uvedl 1x za 2 měsíce, 6 respondentů se vyjádřilo, že kontakt probíhá 1x za 3 měsíce, 18 respondentů uvedlo, že opatrovník se s opatrovancem kontaktuje dle potřeby, 2 uvedli kontakt opatrovníka s opatrovancem 1x za týden a 3 respondenti uvedli každodenní kontakt opatrovníka s opatrovancem.

**Tabulka 6** Základní statistické údaje k průběhu práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů - interval kontaktů opatrovníka s opatrovancem

Interval kontaktů	Četnost	
	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
2x do měsíce	10	21%
1x do měsíce	8	17,00%
1x za 2 měsíce	1	2%
1x za 3 měsíce	6	13%
Dle potřeby	18	38%
1x za týden	2	4%
Denně	3	6%
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

### Otázka č. 11: V jakých intervalech probíhá kontakt sociálního pracovníka s opatrovníkem?

Cílem této otázky bylo zjistit, v jakých intervalech probíhá kontakt opatrovníka se sociálním pracovníkem v pobytovém zařízení, kde je opatrovanec umístěný. Celkem na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů. 6 respondentů uvedlo, že kontakt probíhá 2x do měsíce, 11 respondentů odpovědělo, že kontakt s opatrovníkem je 1x do měsíce, 7 uvedlo 1x za 2 měsíce, 5 uvedlo 1x za 3 měsíce. Nejvíce, a to 18 respondentů, odpovědělo, že kontakt sociálního pracovníka s opatrovníkem probíhá dle potřeby a jeden odpověděl, že kontakt opatrovníka se sociálním pracovníkem probíhá denně. V relativních číslech je to 13% kontaktujících 2x do měsíce, 22% uvedlo kontakt 1x do měsíce, 15% respondentů uvedlo kontakt 1x za 2 měsíce, 10% uvedlo kontakt 1x za tři měsíce, 38% respondentů odpovědělo, že kontakt probíhá dle potřeby a 2% respondentů uvedlo, že kontakt opatrovníka se sociálním pracovníkem probíhá denně.

**Tabulka 7** Základní statistické údaje k průběhu práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů - interval kontaktů opatrovníka se sociálním pracovníkem

Interval kontaktů	Četnost	
	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
2x do měsíce	6	13%
1x do měsíce	11	22%
1x za 2 měsíce	7	15%
1x za 3 měsíce	5	10%
Dle potřeby	18	38%
Denně	1	2%
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

### Otázka č. 19: Jaká byla či je spolupráce s opatrovníkem klienta, který vážně míněný nesouhlas projevil?

Tato otázka měla za cíl zjistit, jak hodnotí spolupráci s opatrovníky sociální pracovníci v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji, kteří se ve své praxi setkali s VMN u svých klientů. Z celkového počtu 10 odpovědí 2 sociální pracovníci hodnotili spolupráci s opatrovníky jako velmi dobrou, 3 jako dobrou, 4 jako spíše dobrou a pouze jeden respondent odpověděl, že spolupráce s opatrovníkem byla spíše špatná. Žádný z respondentů neodpověděl, že by spolupráce s opatrovníkem byla vyloženě špatná.

**Tabulka 8** Základní statistické údaje k VMN - spolupráce s opatrovníky u klientů, kteří projevili VMN

Kvalita spolupráce	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Velmi dobrá	2	20%
Dobrá	3	30%
Spíše dobrá	4	40%
Spíše špatná	1	10%
Špatná	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

### Shrnutí DVC 2

Tento dílčí cíl byl zaměřen na zjištění průběhu práce opatrovníka s jejich opatrovanci. Zjišťovala jsem interval kontaktů opatrovníků s klienty omezenými ve svéprávnosti, kdy z výsledků šetření vyplynulo, že z pohledu sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji probíhá kontakt opatrovníka s klientem ve většině případů dle potřeby, další nejčastější odpovědí bylo, že kontakt probíhá 1-2x do měsíce, nejméně respondentů uvedlo kontakt opatrovníka s klientem denně. V otázce kontaktu opatrovníka se sociálním pracovníkem v pobytové sociální službě se výsledky nelišily a byly velmi podobné, a to především v odpovědi, že kontakt probíhá dle potřeby, kdy výsledky byly naprosto identické. Z toho vyplývá, že kontakt opatrovníka s klientem probíhá téměř ve stejných intervalech jako kontakt opatrovníka se sociálním pracovníkem. V otázce kvality spolupráce opatrovníka u klientů, kteří projevili VMN, hodnotí sociální pracovníci tuto spolupráci vesměs jako dobrou. Pouze jeden respondent hodnotil spolupráci jako spíše špatnou. Z pohledu sociálních pracovníků v pobytových zařízeních ve Středočeském kraji je tedy spolupráce s opatrovníky vyhovující a nespatřují problém v nekomunikaci či nezájmu o klienty.

### 6.3 Interpretace DVC 3

V této kapitole jsem se věnovala vyhodnocení dílčího cíle, jenž měl za úkol:

**Identifikovat výskyt a identifikovat strategie řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů.** K vyhodnocení tohoto dílčího cíle jsem použila otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21 z dotazníku.

### Otázka č. 13: Setkali jste se ve vašem zařízení s VMN?

Cílem této otázky bylo identifikovat výskyt VMN v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji. Na otázku odpovědělo celkem 48 respondentů, z nichž 38 odpovědělo, že se s problematikou VMN neseťkali a 10 ano. V relativních číslech je to 79 % oslovených respondentů se s VMN setkalo a 21% nikoli

Tabulka 9 Základní statistické údaje k VMN - identifikace VMN v praxi oslovených respondentů

Setkali jste se ve vašem zařízení s vážně míněným nesouhlasem?	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Ano	10	21%
Ne	38	79%
<b>Celkový součet</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>

Zdroj: vlastní

### Otázka č. 14: Uveďte celkový počet klientů, u kterých jste se s projevy VMN setkali.

V této otázce jsem se zabývala četností výskytu VMN v pobytových službách oslovených respondentů. Celkem na tuto otázku odpovědělo 13 respondentů. 3 respondenti odpověděli, že se ve své praxi neseťkali s žádným klientem, který by VMN projevil, 6 z nich uvedlo, že se s projevy VMN setkalo ve své praxi u jednoho klienta, 1 uvedl 3 klienty s projevy VMN, 2 z oslovených respondentů uvedlo 6 klientů a jeden uvedl 8 klientů v projevy VMN, se kterými se ve své praxi setkal.

Celkem se 10 respondentů ve své praxi setkalo s VMN a řešili ho v 29 případech.

**Tabulka 10** Základní statistické údaje pro identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - četnost výskytu VMN

Počet klientů s projevy VMN	Četnost	
	Respondenti	Celkem klientů
0 klientů	3	0
1 klient	6	6
3 klienti	1	3
6 klientů	2	12
8 klientů	1	8
<b>Celkový počet</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 15: Jaké pohlaví klientů, kteří projevovali VMN, převládalo?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké pohlaví klientů s projevy VMN v praxi oslovených respondentů převládalo. Z celkového počtu 10 odpovědí odpovědělo 8 respondentů, že u klientů s projevy VMN se většinou jednalo o ženy, a 2 uvedli, že převládali muži. V relativních hodnotách je to 80% převaha žen oproti 20% převaze mužů.

**Tabulka 11** Základní statistické údaje k identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - převaha pohlaví u klientů projevujících VMN

Pohlaví	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Žena	8	80%
Muž	2	20%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 16: Uveďte věk klientů, u kterých jste se setkali s projevy VMN.**

Tato otázka měla za cíl zjistit, v jaké věkové kategorii se nejvíce objevil projev VMN. Z celkových 29 případů VMN projevilo 11 klientů do 60 let, 7 klientů ve věkové kategorii 61-70 let, 7 klientů ve věku 71-80 let a 4 klienti nad 81 let věku. V relativních hodnotách je to 38% do 60 let věku, 24% ve věkové kategorii 61-70 let, 24% ve věku 71-80 let a 14% ve věku 81 a více. Nejčastěji došlo k projevům VMN u klientů ve věku do 60 let, výsledky v ostatních věkových kategoriích jsou velice vyrovnané a zásadně se neliší.

**Tabulka 12 Základní statistické údaje k identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - věk klientů s projevy VMN**

Věk	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
do 60 let	11	38%
61-70 let	7	24%
71-80 let	7	24%
81 let a více	4	14%
<b>Celkem</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

### **Otázka č. 17: Jak byl VMN vyjadřován, jak se projevoval?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jakým způsobem klienti projevovali VMN. Na otázku odpovědělo 10 respondentů, z nichž 6 uvádělo projevy pouze verbální a 4 uvedli projevy verbální i neverbální se znaky agrese. V absolutních hodnotách to je 60% pouze verbální projevy a 40% verbální i neverbální projevy se znaky agrese.

**Tabulka 13 Základní statistické údaje k identifikaci VMN v praxi oslovených respondentů - projevy VMN**

Jak byl VMN vyjadřován, jak se projevoval?	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Pouze verbálně - klient prohlašoval, že v zařízení nechce být	6	60%
Verbálně i neverbálně se znaky agrese	4	40%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

### **Otázka č. 18: Jak jste situaci řešili? Popište váš postup.**

V této otázce jsem chtěla zjistit, jak sociální pracovníci postupovali při projevech VMN u klientů. Zajímalo mě především, zda opravdu sociální pracovníci vědí, jak postupovat, a předepsaný postup dodrželi. Z celkového počtu 10 odpovědí pouze 5 nahlásilo VMN na soud, jeden respondent uvedl, že situaci řešil s ORP (zde se jednalo o podpis smlouvy bez souhlasu klienta), další 2 respondenti řešili situaci pouze s rodinou a zbylí 2 neřešili vůbec. Z výsledku vyplývá, že pouze 50% respondentů postupovala správně a dalších 50% nikoliv. Nejvíce mě překvapila hodnota, která vypověděla o tom, že 20% respondentů situaci s projevy VMN u klienta neřešili žádným způsobem.



**Tabulka 14** Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů - způsob řešení

Postup při projevech VMN u klienta	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Neřešili	2	20%
Řešili s rodinou	2	20%
Řešeno s ORP-podpis smlouvy za klienta	1	10%
Nahlášeno na soud	5	50%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka č. 20: V jakém časovém intervalu jste dospěli k vyřešení problému s VMN?**

Cílem této otázky bylo zjistit v jakém časovém intervalu byla problematika VMN vyřešena v praxi oslovených respondentů. Celkem odpovědělo 10 respondentů. Výsledky ve dvou kategoriích jsou naprosto identické. 4 respondenti uvedli, že výsledek procesu a rozhodnutí soudu bylo do jednoho měsíce, další 2 odpověděli, že do dvou měsíců dospěli ke konečnému vyřešení VMN, a 4 uvedli, že k vyřešení problematiky VMN vůbec nedošlo. Oba dva respondenti, kteří odpověděli, že k vyřešení nedošlo vůbec, uvedli jako důvod, že soud vyhodnotil formulář vyplněný organizací jako závadný.

**Tabulka 15** Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů-časový interval vyřešení VMN

Časový interval vyřešení VMN	Relativní hodnoty	Absolutní hodnoty
Do 1 měsíce	4	40%
Do 2 měsíců	2	20%
Vůbec nedořešeno	4	40%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Otázka 21: Sdělte výsledek procesu. Jaké bylo rozhodnutí soudu?**

Tato otázka měla za cíl zjistit, jak byl celý proces s VMN ukončen. Zda soud rozhodl, že klient v zařízení zůstane, či naopak soud rozhodl jinak. Z celkové počtu 10 odpovědí 5 respondentů uvedlo, že klient(ka) rozhodnutím soudu zůstal(a) v zařízení, 2 respondenti odpověděli, že k žádnému rozhodnutí soudu nedošlo, což přičítám skutečnosti, že se nejspíš jednalo o respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že

k řešení vůbec nedošlo a zároveň v otázce 18 odpověděli, že projevy VMN u klienta vůbec neřešili. V dalších třech případech odpověděl vždy jeden respondent jinou odpovědí (doporučena jiná služba, řešila rodina a omezení svéprávnosti), odpověděl vždy jeden respondent na každou jednotlivou kategorii. V relativních hodnotách je to 50% rozhodnutí soudu pro setrvání klienta v zařízení, 20% respondentů uvedlo, že řešení nebylo žádné a poté vždy po 10%, že byla doporučena jiná služba, řešila rodina a klient byl omezen ve svéprávnosti.

**Tabulka 16** Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů-rozhodnutí soudu

Rozhodnutí soudu	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Klient(ka) zůstává v zařízení	5	50%
Doporučena jiná služba	1	10%
Řešila rodina	1	10%
Omezení svéprávnosti	1	10%
Žádné	2	20%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí DVC 3:** Z kvantitativního výzkumného šetření, ve kterém jsem zjišťovala identifikaci výskytu a identifikaci strategie řešení problematiky VMN v praxi oslovených respondentů, jsem získala následující výsledky. Ve své praxi se s projevy VMN setkala pouze 21% oslovených respondentů celkem u 29 klientů. Převážná většina klientů, kteří VMN projevili, byly ženy, a to 80% ve všech věkových kategoriích, kdy největší výskyt VMN byl u klientů ve věkové kategorii do 60 let.

K projevům VMN 60% respondentů uvedlo, že klient VMN projevoval pouze verbálně tím, že opakoval, že v zařízení být nechce, 40% respondentů uvedlo verbální i neverbální projevy se znaky agrese.

Při řešení VMN postupovalo dle zákona a doporučených postupů pouze 60% respondentů, kteří VMN nahlásili na soud, z toho v jednom případě, kdy se jednalo o podpis smlouvy bez souhlasu klienta, se obrátil respondent na ORP, aby za klienta smlouvu podepsala. Zbylých 40% řešili situaci špatně nebo vůbec. Respondenti, kteří

zvolili správný postup a VMN nahlásili na soud, dospěli k vyřešení a k rozhodnutí soudu ve stejném počtu do jednoho měsíce a do dvou měsíců. Rozhodnutím soudu 50% klientů zůstalo v zařízení a v 10% případů byla doporučena jiná služba. Opět zde zůstává 40% nevyřešených, které jistě souvisí se špatným postupem sociálních pracovníků, kteří neřešili situaci dle zákona a doporučených postupů.

#### **6.4 Interpretace DVC 4**

Záměrem tohoto cíle bylo zjistit: **Informovanost o VMN u sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji.**

Čtvrtý dílčí cíl jsem testovala kvantitativně pomocí otázek č. 12, 22 a 23 z dotazníku, které byly zaměřeny na skutečnost, zda mají sociální pracovníci povědomí o tom, co vlastně VMN je, zda mají dostupné informace k této problematice a jaké informace by popřípadě potřebovali, aby jim usnadnily práci a orientaci v celé problematice VMN.

**Otázka č. 12: Víte, co je VMN? Zkuste definovat.**

Z celkového počtu 48 odpovědí odpověděli tři respondenti, že neví, co VMN je. Ostatní respondenti se pokusili VMN definovat. Ze 48 definicí nejvíce respondentů, a to 22, definovalo VMN jako verbální sdělení klienta doprovázené balením osobních věcí s úmyslem zařízení opustit či samotné opuštění zařízení, 16 respondentů definovalo projev VMN u klienta jako pouze verbální sdělení klienta, že v zařízení být nechce. 7 respondentů odkazovalo na zákony a 3 respondenti se nepokusili VMN definovat. V relativních hodnotách to je 46% respondentů, kteří poukazovali na projevy verbální i neverbální, 33,30% respondentů definovalo projevy VMN pouze jako verbální sdělení klienta, že nechce být v zařízení, 14,50% respondentů odkazovalo na zákony a 6,2% respondentů VMN nedefinovalo.

Tabulka 17 Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů-definice VMN

Definice VMN	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Klient pouze verbálně projevuje nesouhlas s pobytem v zařízení	16	33,30%
Klient projevuje nesouhlas verbálně a chystá se či opravdu opouští zařízení	22	46,00%
Odkazy na zákony	7	14,50%
Nedefinovali	3	6,20%
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00%</b>

Zdroj: vlastní

**Otázka č. 22: Myslíte si, že dostupné informace k problematice VMN jsou dostačující?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda sociální pracovníci v pobytových sociálních službách, kteří se s VMN setkali, mají dostatečné informace k problematice VMN. Celkem odpovědělo 21 respondentů, což dokazuje, že neodpovídali pouze ti, kteří se s VMN setkali, a proto v tabulce zohledňují všech 48 respondentů. Z 21 odpovědí považuje 7 respondentů dostupné informace k problematice VMN za dostačující a 14 respondentů za nedostačující. Když zohledníme pouze 21 respondentů a poměr pro ano a ne, vyjdou nám relativní hodnoty 66,60% respondentů nepovažuje dostupné informace za dostačující a 33,40% naopak ano.

Tabulka 18 Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů - dostatečnost dostupných informací

Jsou dostupné informace k problematice VMN dostačující?	Absolutní hodnoty	Relativní hodnoty
Ano	7	14,70%
Ne	14	29%
Neodpovědělo	27	56,30%
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00%</b>

Zdroj: vlastní

**Otázka č. 23: Jaké informace byste potřebovali (uvítali) jako návod či pomoc v této situaci? Jaké informace vám chybí?**

Tato otázka měla za cíl zjistit, jaké informace by byly pro sociální pracovníky v pobytových sociálních službách přínosné a usnadnily by jim práci při projevech VMN u klientů. Celkem odpovědělo 14 respondentů, z nichž 5 uvedlo, že mají informace dostatečné a žádné další nepotřebují, dalších 5 respondentů by uvítalo řádné proškolení zaměstnanců k problematice VMN, 3 respondenti by potřebovali informace, které by jim pomohly správně vyhodnotit, zda se opravdu u klienta jedná o VMN, a 1 respondent by uvítal informace k dalšímu postupu v případě, že klient nezůstane ve stávajícím pobytovém zařízení a je třeba ho umístit jinam. V relativních hodnotách 35,7% respondentů nepotřebuje žádné další informace, 35,7% uvedlo proškolení zaměstnanců, 21,4% si potřebuje ujasnit, jak správně vyhodnotit, zda se opravdu jedná o VMN, a 7,2% uvedlo, že nemá dostatečné informace, jak dále postupovat při umístění klienta do jiného zařízení.

**Tabulka 19** Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů-chybějící informace

<b>Jaké informace Vám k problematice VMN chybí?</b>	<b>Relativní hodnoty</b>	<b>Absolutní hodnoty</b>
<b>Řádné proškolení zaměstnanců</b>	7	50,00%
<b>Jak správně vyhodnotit, zda se jedná opravdu o VMN</b>	4	28,50%
<b>Následný postup při umístění klienta do jiného zařízení</b>	3	21,50%
<b>Celkem</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Zdroj: vlastní**

**Shrnutí DVC 4:** K informovanosti o VMN jsem v dotazníkovém šetření zjistila, že z celkového počtu 48 odpovědí tři respondenti VMN žádným způsobem nedefinovali, což může znamenat, že neví, co VMN je. Další respondenti v celkovém počtu 38 definovali VMN jako verbální vyjádření klienta, že v zařízení nechce být, nebo jako verbální nesouhlas klienta s umístěním v pobytové sociální službě doprovázený neverbálními projevy (klient si balí věci, chystá se opustit zařízení s úmyslem se nevrátit, popřípadě ze zařízení opravdu odejde nebo se o to alespoň pokusí). Zbylých 7 respondentů odkazovalo na příslušné zákony. Většina respondentů, kteří se vyjádřili

k otázce dostatečnosti dostupných informací k problematice VMN, považuje dostupné informace za nedostačující. Polovina z těchto respondentů by uvítala řádné proškolení zaměstnanců v pobytových sociálních službách. Ostatní respondenti by potřebovali jasněji vymezit a popsat, jak správně vyhodnotit, zda se jedná o VMN či pouze projevy klientovy nespokojenosti s něčím konkrétním, a také jak dále postupovat v případě, že soud rozhodl, že se skutečně jedná o VMN a klient má být umístěn v jiném zařízení. Především respondenty zajímalo, zda mají tito klienti přednostní právo na umístění.

## 6.5 Závěr výzkumného šetření

Výzkumné šetření bakalářské práce jsem zaměřila na hlavní výzkumný cíl: **Zjistit informace o výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji z pohledu sociálních pracovníků.** Hlavní výzkumnou otázku jsem následně operacionalizovala do čtyř dílčích cílů. V prvním dílčím cíli jsem se zaměřila na strukturu klientů s omezenou svéprávností v pobytových sociálních zařízeních v kontextu VMN. V druhém dílčím cíli mě zajímal průběh práce opatrovníka s klientem z pohledu sociálních pracovníků. Prostřednictvím třetího dílčího cíle jsem identifikovala strategie řešení problematiky VMN v praxi, a v posledním čtvrtém dílčím cíli jsem zjišťovala informovanost o problematice VMN.

Po stanovení hlavního výzkumného cíle jsem si jasně určila jako vhodnou výzkumnou strategii metodu kvantitativní a zvolila jsem si techniku sběru dat dotazník vlastní konstrukce. Dlouhou dobu jsem přemýšlela i o kvalitativní výzkumné strategii, při které jsem chtěla použít techniku polostrukturovaného interview. Od této strategie jsem nakonec upustila, vzhledem k tomu, že se mi nepodařilo sehnat dostatek informantů.

Návratnost dotazníku byla 47%. Nejvíce respondentů byly ženy, což mě nepřekvapilo. Převládaly Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem a kapacitou nejčastěji do 100 klientů. Z celkového počtu 612 klientů omezených ve svéprávnosti projevil VMN 29 z nich, což jsou pouhá 4%. Jednalo se především o ženy ve věku do 60 let. Převážná většina respondentů uvedla, že VMN klient projevoval verbálně i neverbálně, prohlašování, že v zařízení nechce být, docházelo také k balení osobních věcí, kdy se klient chystal k odchodu ze zařízení s úmyslem se již nevrátit nebo se opravdu pokusil zařízení opustit. Další nejčastější odpovědí bylo, že klienti projevovali VMN verbálně prohlašování, že v zařízení nechtějí být, že je tam rodiny daly za trest apod. Pouze 60% respondentů, kteří byli přesvědčeni, že se u klienta, popřípadě klientů, jedná o VMN, postupovalo správně dle platných zákonů a doporučených postupů. Tato skutečnost mě přivedla k otázce, zda sociální pracovníci opravdu vědí, co je VMN a jak se projevuje, a zda umí situaci správně vyhodnotit. Někteří respondenti uvedli, že jim byl vrácen samotný formulář, který posílali na soud, což znamená, že neměli ani dostatečné povědomí o základních informacích k problematice VMN. Toto nepřiřítám nedostupnosti informací, ale nedostatečnému proškolení personálu v organizacích. Toto se potvrdilo i v poslední části výzkumné části této bakalářské práce, kdy samotní

respondenti uvedli, že jim chybí především proškolení personálu a také více informací k tomu, jak správně vyhodnotit, zda se u klienta opravdu jedná o VMN, či jen projevy nespokojenosti s konkrétní situací. Neméně důležitá byla informace, že sociální pracovníci v pobytových sociálních službách by uvítali informace a postupy v situaci, kdy soud rozhodne, že se u klienta skutečně jednalo o VMN, a rozhodne, že klient má být umístěn do jiného zařízení či do jiné sociální služby. Jedná se především o informace, zda takový klient má přednostní právo na umístění do jiného zařízení či jiné sociální služby bez ohledu na pořadník žadatelů o službu.

Při vyhodnocování dotazníku jsem si uvědomovala negativa dotazníkového šetření. Nevýhodu spatřuji především ve skutečnosti, že jsem již neměla možnost doplnit další otázky, které vyplynuly při analýze dotazníku. Kupříkladu jsem v dotazníku opomenula otázku na celkový počet klientů, která by mi umožnila srovnání celkového počtu klientů v zařízeních a klientů omezených ve svéprávnosti, tudíž poměr celkového počtu klientů a z toho klientů omezených ve svéprávnosti.



## Závěr

Tématem bakalářské práce byl vážně míněný nesouhlas v kontextu pobytových sociálních služeb. Hlavním cílem práce bylo zjistit informace o výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji z pohledu sociálních pracovníků. Následně za základě zjištění potřebných údajů předložit vhodná doporučení pro možnou inovaci, především doplnění informací, které sociálním pracovníkům v pobytových sociálních službách chybí a mohli by jim pomoci při řešení problematiky VMN.

V teoretické části jsem se věnovala tématům, která přímo souvisí s problematikou VMN. V první části jsem se věnovala především pojmům stáří a stárnutí, kdy jsem v druhé fázi navázala na pojmy onemocnění přímo související se stárnutím, a to pojmy demence a její typy, následně jsem popsala další duševní onemocnění, která mohou vést k omezení ve svéprávnosti. V kapitole čtvrté jsem se věnovala komunikaci s osobami s duševním onemocněním a jejím specifikům. Další kapitolu jsem zaměřila na omezení svéprávnosti a vysvětlení souvisejících pojmů. Následně jsem krátce popsala typy pobytových sociálních služeb, kde je možné se s problematikou VMN setkat a v poslední kapitole jsem se věnovala přímo vážně míněnému nesouhlasu a postupu při podezření na VMN.

Výzkumnou část jsem zaměřila na zjišťování informací od sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji. Stanovila jsem si hlavní cíl: **Zjistit informace o výskytu problematiky vážně míněného nesouhlasu v pobytových sociálních službách ve Středočeském kraji z pohledu sociálních pracovníků.** Hlavní cíl jsem rozdělila do čtyř dílčích cílů, abych co nejlépe a nejsrozumitelněji vyhodnotila jednotlivé oblasti, které s tímto cílem souvisí.

Psaní této bakalářské práce pro mě samotnou bylo velmi přínosné a ujasnila jsem si velké množství informací. Některé z odpovědí si dle výsledků odporují. Kupříkladu většina respondentů odpověděla, že ví, co je VMN a má dostatek informací k této problematice, přesto ve výsledku 50% z respondentů, kteří se s VMN setkali, postupovali špatně. Zarazil mě fakt, že 25% respondentů odpovědělo, že projevy VMN vůbec neřešili.

**V závěru práce předkládám vhodná doporučení pro zlepšení.**

- Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že **v praxi by bylo vhodné se více zaměřit na řádné proškolení zaměstnanců.** Sama jsem o VMN nic nevěděla, dokud jsem se s touto problematikou nesetkala v praxi. To byl také hlavní důvod, proč jsem se rozhodla právě pro toto téma.
- **Dále doporučuji na základě dotazníkového šetření jasněji definovat, jak správně vyhodnotit, zda jde u klienta o projevy VMN či pouze projevy nespokojenosti s určitou konkrétní věcí.** V tomto ohledu by mohlo být prospěšné především v rámci organizace, aby byli zaměstnanci opravdu velmi dobře seznámeni s psychickým stavem klienta, jeho diagnózou a specifiky, které s ní souvisí a také vhodnou komunikací s nimi.
- **Dále doporučuji doplnění informací, jak následně postupovat, když je u klienta rozhodnutím soudu určeno, že má být umístěn do jiného zařízení.** Především otázka, zda má klient přednost v pořadníku žadatelů o pobytovou službu.

## Použitá literatura

- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 2016.** *Doporučený postup pro poskytovatele pobytových sociálních služeb.* Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016. 978-80-906320-5-9.
- Čeledová, Libuše, Kalvach, Zdeněk a Čevela, Rostislav. 2016.** *Úvod do gerontologie.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
- Česká alzheimerovská společnost. 2018.** Alzheimerova nemoc. *Alzheimer.cz.* [Online] 29. Srpen 2018. [Citace: 29. srpen 2018.] <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/alzheimerova-nemoc/>.
- Čevela, Rostislav, a další. 2014.** *Sociální gerontologie.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- Disman, Miroslav. 2011.** *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- Hauke, Marcela a kol. 2017.** *Když do života vstoupí demence.* Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR, 2017. 978-80-906320-7-3.
- Hudáková, Anna a Majerníková, Ľudmila. 2013.** *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství.* Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.
- Kdo se o nás postará aneb Dlouhodobá péče v ČR.* **Horecký, Jiří. 2016.** 10, Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2016, Sv. XVIII, stránky 10-11. 1803-7348.
- Kopřiva, Karel. 1997.** *Lidský vztah jakou součást profese.* Praha : Portál, s.r.o., 1997. 80-7178-150-9.
- Mahrová, Gabriela, Venglářová, Martina a kol. 2008.** *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha 7 : Grada Publishing, a.s., 2008. 978-80-247-2138-5.
- Montessori mění svět lidí žijících s demencí.* **Prátová, Jiřina. 2017.** Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017, Sv. XIX, stránky 30-31. 1803-7348.
- Nykl, Ladislav. 2012.** *Carl Ransom Rogers a jeho teorie, Přístup zaměřený na člověka.* Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 9788024740553.
- Problematika společného soužití klientů s demencí, Huntingtonovou chorobou a schizofrenií v domově se zvláštním režimem.* **Vlková, Markéta. 2017.** 12, Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017, Sociální služby, Sv. XIX, stránky 22-23. 1803-7348.

*Sociální pracovník v sociální službě a opatrovník.* **Mach, Petr. 2017.** 6-7, Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017, Sv. XIX, stránky 28-29. 1803-7348.

*Systemická a na člověka orientovaná komunikace.* **Vaculová, Markéta. 2017.** 10, Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017, Sociální služby, Sv. XIX, stránky 22-25. 1803-7348.

*Systemická a na člověka orientovaná komunikace-2díl.* **Vaculová, Markéta. 2017.** 11, Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2017, Sociální služby, Sv. XIX, stránky 14-17. 1803-7348.

**Tomeš, Igor, Šamalová, Kateřina a kol. 2017.** *Sociální souvislosti aktivního stáří.* Praha : Univerzita Karlova, 2017. str. 109. 978-80-246-3212-2.

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Operacionalizace výzkumných cílů.....	39
Tabulka 2 Základní statistické údaje ke struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – počet klientů s omezenou svéprávností ....	46
Tabulka 3 Základní statistické údaje ke struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – pohlaví klientů o omezenou svéprávností.	47
Tabulka 4 Základní statistické údaje o struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN – věk klientů s omezenou svéprávností .....	48
Tabulka 5 Základní statistické údaje o struktuře klientů v pobytových zařízeních se zaměřením na identifikaci výskytu VMN - typ opatrovníka.....	49
Tabulka 6 Základní statistické údaje k průběhu práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů - interval kontaktů opatrovníka s opatrovancem.....	50
Tabulka 7 Základní statistické údaje k průběhu práce opatrovníka s klientem z pohledu oslovených respondentů - interval kontaktů opatrovníka se sociálním pracovníkem....	51
Tabulka 8 Základní statistické údaje k VMN - spolupráce s opatrovníky u klientů, kteří projeví VMN .....	52
Tabulka 9 Základní statistické údaje k VMN - identifikace VMN v praxi oslovených respondentů.....	53
Tabulka 10 Základní statistické údaje pro identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - četnost výskytu VMN .....	54
Tabulka 11 Základní statistické údaje k identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - převaha pohlaví u klientů projevujících VMN .....	54
Tabulka 12 Základní statistické údaje k identifikaci výskytu VMN v praxi oslovených respondentů - věk klientů s projevy VMN .....	55
Tabulka 13 Základní statistické údaje k identifikaci VMN v praxi oslovených respondentů - projevy VMN.....	55
Tabulka 14 Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů - způsob řešení .....	56
Tabulka 15 Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů-časový interval vyřešení VMN.....	56
Tabulka 16 Základní statistické údaje k identifikaci strategie řešení VMN v praxi oslovených respondentů-rozhodnutí soudu .....	57
Tabulka 17 Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů-definice VMN.....	59
Tabulka 18 Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů - dostatečnost dostupných informací .....	59
Tabulka 19 Základní statistické údaje k informovanosti k problematice VMN v praxi oslovených respondentů-chybějící informace .....	60
Graf č. 1 Pohlaví klientů s omezenou svéprávností.....	47

## **Přílohy**

Použitý dotazník

### **Dotazník – vážně míněný nesouhlas**

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Švarcová a jsem studentkou 3. ročníku Filosofické fakulty Univerzity Hradec Králové (Ústav sociální práce). Studuji obor sociální práce, práce s osobami se sníženou soběstačností. V rámci své bakalářské práce na téma vážně míněný nesouhlas v kontextu pobytových sociálních služeb, bych Vás chtěla požádat o vyplnění svého dotazníku, který je anonymní a bude použit pouze za účelem vypracování mé bakalářské práce. Děkuji za vyplnění dotazníku.

Lenka Švarcová

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy pouze jednu odpověď.

#### **1. Jaké je vaše pohlaví?**

Muž

Žena

#### **2. V jaké pobytové sociální službě pracujete?**

Týdenní stacionář

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro seniory

Domov se zvláštním režimem

Chráněné bydlení

Zdravotnické zařízení lůžkové péče.

**3. Uved'te celkový počet sociálních pracovníků v zařízení.**

.....

**4. Uved'te počet klientů na jednoho sociálního pracovníka.**

.....

**5. Uved'te počet klientů v zařízení?**

Do 50ti klientů

51-100 klientů

101-150 klientů

151 a více

**6. Uved'te celkový počet klientů, kteří jsou omezení ve svéprávnosti.**

.....

**7. Jaké pohlaví klientů s omezenou svéprávností ve vašem zařízení převládá?**

Muž

Žena

**8. Uved'te věk všech klientů s omezenou svéprávností ve vašem zařízení.**

**do 60 let .....klientů**

**61- 70let..... klientů**

**71-80let.....klientů**

**81 a více let.....klientů**

**9. Uved'te celkový počet klientů, kteří mají:**

- veřejného opatrovníka .....
- soukromého opatrovníka .....

**10. V jakých intervalech probíhá kontakt klienta s opatrovníkem?**

- 2x do měsíce
- 1x do měsíce
- 1x za 2 měsíce
- 1x za 3 měsíce
- méně než 1x za 3 měsíce
- Jiný interval.....

**11. V jakých intervalech probíhá kontakt sociálního pracovníka s opatrovníkem?**

- 2x do měsíce
- 1x do měsíce
- 1x za 2 měsíce
- 1x za 3 měsíce
- Jiný interval.....

**12. Víte, co je vážně míněný nesouhlas? Zkuste definovat.**

.....

.....

.....

.....



**13. Setkali jste se ve vašem zařízení s vážně míněným nesouhlasem?**

**Ano**

**Ne**

**V případě, že jste odpověděli ANO, pokračujte na další otázky.**

**14. Uved'te celkový počet klientů, u kterých jste se s projevy vážně míněného nesouhlasu setkali.**

.....

**15. Jaké pohlaví klientů, kteří projevovali vážně míněný nesouhlas převládalo?**

**Muž**

**Žena**

**16. Uved'te věk klientů, u kterých jste se setkali s projevy vážně míněného nesouhlasu.**

**do 60 let .....klientů**

**61- 70let..... klientů**

**71-80let.....klientů**

**81 a více let.....klientů**

**17. Jak byl vážně míněný nesouhlas vyjadřován, jak se projevoval?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**18. Jak jste situaci řešili? Popište váš postup.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**19. Jaká byla či je spolupráce s opatrovníkem klienta, který vážně míněný nesouhlas projevil?**

- Velmi dobrá
- Spíše dobrá
- Dobrá
- Spíše špatná
- Špatná
- Velmi špatná

**20. V jakém časovém intervalu jste dospěli k vyřešení problému s projevem Vážně míněného nesouhlasu?**

.....

**21. Sdělte výsledek procesu. Jaké bylo rozhodnutí soudu?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**22. Myslíte si, že dostupné informace k problematice vážně míněného nesouhlasu jsou dostačující?**

- Ano
- Ne

**23. Jaké informace byste potřebovali (uvítali) jako návod či pomoc v této situaci? Jaké informace vám chybí.**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**(Dotazník vlastní konstrukce)**