

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Bc. Zuzana Kábrtová

2. ročník kombinované studium
Obor: Speciálně pedagogická andragogika

RESTRIKTIVNÍ OPATŘENÍ
V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM

RESTRICTIVE ARRANGEMENT
IN HOME FOR PEOPLE WITH HANDICAP
IN PRACTICE

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce
Mgr. Hana Mazalová

Olomouc 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji,

že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Hany Mazalové s použitím uvedené literatury.

Ve Šternberku dne 5. dubna 2010

.....

podpis

Děkuji Mgr. Haně Mazalové za ochotu stát se vedoucí této diplomové práce, za její vstřícnost, pomoc, připomínky a cenné rady.

Další poděkování patří:

Bc. Janu Strakovi, metodikovi prevence ve Vincentinu, paní Magdaleně Sadilové, Dis. sociální pracovníci ve Vincentinu a ostatním kolegům z Vincentina ve Šternberku.

Obsah

Úvod	7
------------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osoby s mentálním postižením, vymezení pojmu mentální retardace.....	9
1.1 Klasifikace mentálního postižení.....	11
1.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení.....	13
1.3 Příčiny vzniku mentálního postižení	15
2 Vývoj péče o lidi s mentálním postižením	17
2.1 Počátky Vincentina.....	18
2.2 Vincentinum a současnost	19
2.2.1 Transformační záměr Vincentina.....	21
3 Legislativní zakotvení poskytování sociálních služeb	
a Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách	23
3.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	24
4 Ochrana práv osob s mentálním postižením	
a Standardy kvality sociálních služeb	27
4.1 Procedurální standardy	27
4.2 Personální standardy.....	29
4.3 Provozní standardy	29
4.4 Hodnocení plnění standardů kvality	30
4.5 Inspekce sociálních služeb.....	30

4.6	Veřejný ochránce práv.....	31
4.6.1	Historie a obecné zakotvení institutu ombudsman	31
4.6.2	Kontrolní činnosti veřejného ochránce práv v zařízeních sociálních služeb.....	33
4.6.2.1	Konkrétní příklady kontrolní činnosti veřejného ochránce práv	34
4.7	Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	36
4.8	Deklarace práv osob s mentálním postižením	38
4.9	Sexuální osvěta osob s mentálním postižením	39
4.10	Inclusion Europe – Evropská asociace lidí s mentálním postižením a jejich rodinných příslušníků.....	40
5	Problémové chování u osob s mentálním postižením	42
5.1	Agrese a její podobnosti	43
5.1.1	Teorie a pojmy související s lidskou agresí	44
5.2	Sociální kontext problémového chování	45
5.2.1	Typy problémového chování	47
5.3	Aspekty psychických poruch u osob s mentálním postižením	48
6	Restriktivní (omezující) opatření a obecné zásady pro používání oprávněných omezujících opatření.....	50
6.1	Opatření omezující pohyb osob a § 89	52
6.2	Asociace průvodců v problematice rizikového chování.....	55
6.3	Využití restriktivního opatření ve Vincentinu	57

6.3.1 Zásady efektivní komunikace jako prostředek předcházení problémového chování	58
6.4 Zakázaná restriktivní opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením	59

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	61
7.1 Charakteristika výzkumného souboru	61
7.2 Použité metody ve výzkumu.....	64
8 Analýza výsledků a jejich interpretace	66
Závěr	84
Seznam literatury a pramenů	86
Anotace	89
Přílohy	
1 Dotazník pro vybrané Domovy pro osoby se zdravotním postižením	
2 Dotazník pro Vincentinum Šternberk	
3 Krizový plán	
4 Evidenční formulář	
5 Obrazová příloha ze života uživatelů Vincentina Šternberk	
6 Obrazová příloha nácviku šetrné sebeobrany	

ÚVOD

„V životě můžete získat všechno, co budete chtít, když budete pomáhat druhým lidem, aby dostali to, co si přejí“ (Zig Ziglar).

Úvodní motto předesílá obecný záměr diplomové práce, kterým je snaha o zvyšování kvality života osob, jimž je poskytována pobytová sociální služba.

Práce chce upozornit na pozitivní změny, které proběhly od počátku devadesátých let, kdy demonopolizací úlohy státu v oblasti sociálních služeb došlo k vytvoření prostoru pro občanský sektor. Byla tak narušena uniformita péče o osoby se zdravotním postižením odehrávající se do té doby především ve „velkokapacitních“ ústavech. V návaznosti na problematiku změn v legislativě chce práce poukázat na možné systémy práce v sociálních službách, pozornost je zaměřena především na postupy zvládání rizikového chování osob se specifickými potřebami a respektování jejich práv. Je zdůrazněna skutečnost, že v souvislosti se zrušením klecových lůžek a dalších restrikcí nemusí docházet ke kompenzaci zvyšováním medikace nebo jinými formami omezování uživatelů sociálních služeb.

Cílem práce je rovněž zviditelnění současných trendů v pobytových službách, směřujících k vytváření zařízení rodinného typu s důrazem na integraci osob s postižením do společnosti a na normalizaci a humanizaci jejich života. Snahou je rovněž nastínit terminologii vztahující se k tématu, popsat vývoj ústavní péče z historického pohledu a naznačit možné postupy „odústavnění“ vyplývající z analýzy dostupné literatury.

Předložená práce odráží vlastní osobní zkušenosti, které vyplynuly z mnohaletého působení v pobytových sociálních službách pečujících o osoby s vysokou mírou podpory.

Teoretická část je rozdělena do šesti kapitol souvisejících s problematikou kvality života lidí s mentálním postižením, jež nemohou žít v přirozeném sociálním prostředí, a s vytvářením podmínek pro jejich důstojný život s ohledem na individuální plánování služby, vzdělávání pracovníků a využívání běžných veřejných služeb.

První kapitola teoretické části se zabývá vymezením pojmu a definice mentálního postižení. Mapuje vývoj klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace, její charakteristiku a příčiny vzniku.

Kapitola druhá je zaměřena na legislativu v oblasti sociální péče, zejména zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášku č. 505/2006 Sb.

Třetí kapitola charakterizuje počátky, vývoj, současnost i budoucí vize pobytové sociální služby „Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace“.

Čtvrtá kapitola popisuje problémové chování a agresi u osob s mentálním postižením. Snaží se postihnout také obecné otázky vzniku agresivity, zaměřuje se na sociální kontext problémového chování i aspekty psychických poruch.

Kapitola pátá se zaměřuje na ochranu práv osob s mentálním postižením, shrnuje základní obsah standardů kvality sociálních služeb i mezinárodních úmluv, vymezuje činnost veřejného ochránce práv.

Poslední, šestá kapitola je věnována problematice opatření omezujících pohyb osob. Je zaměřena na obecné zásady jejich používání, legislativní zakotvení, sleduje význam a aktivity Asociace průvodců v problematice rizikového chování. Prostřednictvím poslední kapitoly teoretická část úzce navazuje na část praktickou, která se snaží zmapovat podmínky zákonného použití opatření omezujících pohyb v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Praktická část diplomové práce směřuje ke dvěma cílům. Snaží se analyzovat využívání preventivních postupů a restriktivních opatření (spolu se zhodnocením jejich efektivity) při práci s uživatelem s rizikem v chování ve třech vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením zřizovaných Olomouckým krajem. Druhým cílem praktické části je zkoumat problematiku restriktivních opatření na jednotlivých domovech Vincentina (které je čtvrtým vybraným zařízením) s ohledem na vzdělávání pracovníků a jejich cílenou podporu v této oblasti.

Z výsledků výzkumu by mělo vyplynout, zda jsou v praxi dodržována legislativně stanovená pravidla zvládnutí problémového chování uživatelů sociálních služeb, zda je personál dostatečně proškolen v otázkách proaktivního i reaktivního řešení tohoto chování a zda cíleným dodržováním práv uživatelů dochází ke zvyšování kvality jejich života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osoby s mentálním postižením, vymezení pojmu mentální retardace

Termín mentální retardace je odvozen od latinských slov mens – mysl, rozum a retarde – opožďovat. Tento pojem znamená opožděnost rozumového vývoje a byl přejat z mezinárodní lékařské nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace v roce 1959. Mimo pojmu mentální retardace se objevují také termíny oligofrenie, slabomyslnost, mentální postižení, subnormalita, mentální zaostalost, rozumová či duševní vada aj. (Švingalová, 1999).

Mentální retardace bývá definována různými odborníky Dolejší (1983); Müller (2003); Pipeková (2005); Zvolský (1996) různým způsobem a v definicích mentální retardace lze více či méně vysledovat tato hlediska:¹

- hledisko inteligence- hledisko sociální začlenitelnosti jedince
- hledisko etiologické a klinické (stavy vrozené, získané, pseudooligofrenie)
- hledisko terapeutické a prognostické
- hledisko osobnosti, povahových rysů a jejich utváření ve vývoji dítěte.

Žádná definice neshrnuje všechna hlediska do jedné koncepce, základem každé definice je vždy snížení inteligence různého stupně. Podle Vágnerové (2002) hlavními znaky mentální retardace jsou:

- nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky
- postižení je vrozené
- postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení.

Dolejší (1983) ve snaze načrtnout globálně obraz mentální retardace vyjmenovává řadu znaků, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii:

- zvýšená závislost na rodičích a vychovatelích, infantilnost osobnosti

¹ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

- sugestibilita a rigidita chování
- konformnost se skupinou
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opoždění psychosexuálního vývoje
- nerovnováha aspirace a výkonu
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- porucha interpersonálních skupinových vztahů a komunikace
- snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům
- impulsivnost, hyperaktivita nebo celkové zpomalení chování, citová vzrušivost
- zpomalená chápavost, primitivnost a konkrétnost úsudků, ulpívání na detailech, snížená schopnost srovnávat a vyvozovat logické vztahy, snížená mechanická a logická paměť, těkavá pozornost, nízká slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování, poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace. Uvedené znaky netvoří celistvý syndrom, který by musel být přítomný u každého mentálně retardovaného, řada z jmenovaných příznaků nemusí být u konkrétního jedince s mentální retardací přítomna (Dolejší, 1983).

Absolutní počet osob s mentálním postižením v naší populaci není znám. Mentální retardaci mají asi tři procenta občanů, to znamená, že v České republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením (Pipeková, 2005).

„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální a postnatální etiologií.“ Müller, Valenta (2003, s. 14).²

Rozvojem, výchovou a vzděláváním osob mentálně postižených se zabývá speciálně pedagogická disciplína psychopedie. Název oboru je složen z řeckých slov psyché – duše a paideia – výchova.

„V užším pojetí lze psychopedii vymezit jako speciálně pedagogickou disciplínu, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním výchovných a vzdělávacích vlivů na tyto osoby.“ Müller, Valenta (2003, s. 4).

² Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

1.1 Klasifikace mentálního postižení

Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem je pak vznik klasifikačních systémů. Ve starší odborné literatuře se setkáváme s tříděním osob s mentální retardací pro školské účely na vzdělavatelné a nevzdělavatelné. Vzhledem k Ústavě České republiky, která zaručuje každému právo na vzdělání, se toto třídění již nepoužívá. Pro současnou speciálně - pedagogickou praxi je nejpoužívanější klasifikace dle stupně mentálního postižení (dle stupně postižení probíhá zařazování žáků do výchovně – vzdělávacích institucí).

Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním koeficientem (IQ). Číselná hodnota IQ je potom určitým orientačním znakem stanovení jednotlivých stupňů mentální retardace.

V současné době se používá členění podle desáté decenální revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992, s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F70-F79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód.

Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Mohou být ovšem nahrazeny škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí a přidružených zdravotních problémů.³

Následující členění je určeno pro užití s položkami F70–F79, k vyznačení rozsahu současných poruch chování:

- 0 žádná nebo minimální porucha chování
- 1 významná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu
- 8 jiné poruchy chování
- 9 bez zmínky o poruchách chování⁴

³ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize 1993.*

Dostupné na: www.who.int/csr/disease/avian.doc.

⁴ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

K vyznačení přidružených stavů, jako je porucha autistického spektra, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování anebo závažné tělesné postižení, lze užít dodatkový kód.

F70 Lehká mentální retardace	IQ 50-69
F71 Střední mentální retardace	IQ 35-49
F72 Těžké mentální retardace	IQ 20-34
F73 Hluboká mentální retardace	IQ nejvýše 20
F78 Jiná mentální retardace	
F79 Nespecifikovaná mentální retardace	

Jako příklad pro srovnání uvedu jednu ze starších klasifikací mentální retardace přijatou WHO, platnou v letech 1966-1975. Podle mezinárodní klasifikace duševních poruch byla oligofrenie (mentální retardace) označena čísly 310–315 v těchto stupních inteligenčního kvocientu (IQ):

310 Mírná duševní zaostalost – slabomyslnost	IQ 68-85
311 Lehká slabomyslnost (oligofrenie) debilita	IQ 52-67
312 Středně těžká slabomyslnost (oligofrenie) imbecilita	IQ 36-51
313 Těžká slabomyslnost (oligofrenie) prostá idiotie	IQ 21-35
314 Těžká slabomyslnost (oligofrenie) těžká idiotie	IQ pod 20
316 Oligofrenie blíže neurčené ⁵	

„Pásma jsou uměle stanovená a neodráží žádné přerušení spojitosti nebo nepravidelnosti v přirozeném rozložení mentální retardace v populaci. V praxi nejsou určena k tomu, aby tvořila striktní mezníky a jednoznačné síto určující životní dráhu jedince ve společnosti. Pojem mentální retardace je jediný oficiální, starší ekvivalenty oligofrenie, slabomyslnost, rozumová zaostalost apod. by se neměly již v terminologii používat. Mentální retardace je Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí vymezena hodnotami IQ do 69 bodů, nadále se však užívá nepřesně a zahrnuje skupinu osob pohybující se v pásmu podprůměrného intelektu s IQ pod 85 bodů.“ Pipeková (2006, s. 64).

⁵ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

1.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Charakteristika stupňů mentální retardace je zpracována dle Zvolského (1996):

Lehká mentální retardace (F70 IQ 50-69)

Lehká mentální retardace, někdy také zvaná „familiární“, je tvořena určitou genetickou transmisí a nepříznivými zevními vlivy, jako sociokulturní deprivací, ekonomickým nebo fyzickým strádáním, nedostatkem stimulace. Etiologie lehké mentální retardace je v negenetickém poškození plodu asi v 10 % případů, vlivy sociální a kulturní způsobují postižení asi v 30 %, určitou polygenní dědičností je dáno 60 % případů. Celkový psychomotorický vývoj zaostává u těchto dětí již od kojeneckého věku. Okolo třetího roku bývá psychomotorický vývoj opožděn asi o rok. Nápadnější problémy se objevují mezi třetím a šestým rokem. Hlavní obtíže nastávají v prvních letech povinné školní docházky. Jemná a hrubá motorika jsou lehce opožděny. Při učení se objevuje snížená kapacita. Pozornost je povrchnější, krátkodobá. Myšlení je velmi jednoduché, konkrétní, stereotypní a rigidní, nesamostatné a nepřesné, s infantilními znaky. Paměť je mechanická. Vývoj řeči se opožďuje, slovník je ochuzen o abstraktní pojmy. V řeči přetrvávají agramatismy, artikulace je neobratná, častá je dyslálie. V oblasti emocionální je patrná citová nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízká sebekontrola a značná sugestibilita. Tato skupina tvoří 4/5 osob s mentální retardací (80%). Lehká mentální retardace se vyskytuje asi u 2,5 % populace.

Středně těžká mentální retardace (F71 IQ 35-49)

Raný psychomotorický vývoj je velmi opožděn, v šesti až v sedmi letech dosahují úrovně maximálně tříletého dítěte. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neohrabanost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobluze je mnohdy částečná a někteří jedinci potřebují pomoc a dohled. Rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn, což přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázeno často epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. Učení je omezené, mechanické trvá velmi dlouhou dobu.⁶ Myšlení je stereotypní, rigidní, nepřesné.

⁶ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

Paměť je mechanická a má malou kapacitu. Řeč je opožděná ve vývoji, agramatická, dyslálie přetrvává do dospělosti. Emocionálně jsou labilní a nevyrovnaní, charakteristický je infantilismus, dráždivost, výbušnost a negativismus. Nejsou schopni úspěšně a samostatně řešit náročnější situace. U některých je nutno provést zbavení svéprávnosti nebo omezení v právních úkonech. Velké procento této skupiny postižených je umístováno do ústavů sociální péče. Výskyt v populaci mentálně retardovaných je asi 12 %.

Těžká mentální retardace (F72 IQ 20-34)

Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje CNS. Dlouhodobým tréninkem se může jedinec osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti týkající se sebeobsluhy. Značné omezení psychických procesů, nápaditosti v koncentraci pozornosti, minimální je rozvoj komunikativních dovedností. Řeč bývá omezena na jednotlivá slova nebo skřeky, často je nevytvořena. Významné je porušení afektivní sféry, typická je nestálost nálad a impulzivita. Poznává blízké osoby. Při soustavné výchovné péči jsou schopni vykonávat některé jednoduché úkony, bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené. Tvoří 7 % z celkového počtu osob s mentální retardací.

Hluboká mentální retardace (F73 IQ pod 20)

Jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Osoby bývají inkontinentní a jsou schopny pouze rudimentární neverbální komunikace. Nejsou schopni ani základní sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Možnost jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Tvoří 1% z populace mentálně retardovaných.⁷

⁷ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

1.3 Příčiny vzniku mentálního postižení

Poznatky o příčinách vzniku mentální retardace jsou čerpány z literatury Müller, Valenta (2003).

Příčiny mentální retardace bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních – endogenních či vnějších - exogenních, o mentální retardaci vrozené či získané, o vlivech prenatálních (působících před porodem), perinatálních (působících během porodu a krátký čas po něm) a postnatálních (působících v průběhu života). Nutno podotknout, že i když věda při objasnění příčin mentální retardace vykonala velký díl práce, stále nejsme schopni dopátrat se příčiny poruchy asi u třetiny osob s mentálním postižením.

Prenatální příčiny

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli ty, které způsobují mentální retardaci a sice vlivy dědičné – hereditární. Do těchto vlivů řadíme nejen zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, kdy se jedná o faktory reprezentující spodní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v dané populaci. Intelektové předpoklady narozeného dítěte nejsou však matematickým průměrem inteligence biologických rodičů, v tomto ohledu působí tendence tzv. regrese ke středu (tj. k průměru populace), kdy inteligence dítěte vysoce inteligentních rodičů je statisticky nižší než u rodičů, a naopak inteligence dítěte rodičů se subnormální inteligencí je zase vyšší.

Z kvantitativního pohledu převažujícím faktorem (a to nejen v prenatálním období, ale všeobecně pro vznik mentální retardace) jsou specifické genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy...) dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genomové mutace). Do této kategorie spadá velká skupina (21% etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění typu fenylketonurie (jedna z mála příčin, kterou umíme včas diagnostikovat a speciální dietou eliminovat vznik mentální retardace), galaktosemie, homocystinurie atd.⁸

⁸ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007.

Největší skupinou příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů zvláště pak tzv. trizomie se svým nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem – Downovým syndromem způsobeným trizomií chromozomu 21 (příčina 23 % mentální retardace). Poměrně rozšířené jsou také změny v počtu pohlavních chromozomů např. Trizomie (XXY) v případě Klinefelterova syndromu, těžká mentální retardace je spojena s Lesch-Nyhanovým syndromem atd.

Další skupinu prenatalních vlivů tvoří environmentální faktory a v neposlední řadě onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte (obecně je blastopatie a embryopatie, tj. 15 dní od oplodnění, závažnější než fetopatie, tedy vlivy působící ve fetálním období – po 3. měsíci těhotenství). Řadíme sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, alkoholismus matky či její nedostatečnou výživu apod.

Na vznik mentální retardace může mít i vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion, dále vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).

Perinatální příčiny

Perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce, a které asi v dvacetině až desetině případů způsobují i mentální retardaci.

K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie, předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie (při nesouladu Rh faktoru).

Postnatální příčiny

V době po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a zvláště v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy choroby, schizofrenie, epileptické demence apod.⁹ Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí.

⁹ Kábrtová, Z. : *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007

2 Vývoj péče o lidi s mentálním postižením

Podle Mühlpachra (1996) ústavní péče pro osoby s mentálním postižením měla během průběhu vývoje společnosti nejrůznější podoby. Její vývoj byl ovlivněn zejména náboženským a politickým smýšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. Zmínky tzv. ústavní péče zaznamenané v Řecku jsou spojeny se zakládáním léčebných ústavů, označovaných jako asklépia. Péči v nich zajišťovali lékaři a kněží. Pokud postižený chrámovou léčbu nerespektoval, byl vykázán ze společnosti, a tím odsouzen k jisté smrti.

V období středověku se osoby mentálním postižením uchýlovali do klášterů, kde byly zřizovány hospitaly, což byla nemocniční zařízení.

Doba osvícenství přináší vznik velkých špitálů a internačních budov, které plnily funkci převážně vězeňskou. O humanizaci péče ve velkých špitálech se zasloužil Phillip Pinel.

Na počátku 19. století dochází ke specializaci ústavních zařízení, které se rozdělují na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny, starobince. V ústavech vedle ošetrovatelské péče zaujímá své postavení i výchovná a vzdělávací činnost.

Organizovaná ústavní péče se u nás datuje od roku 1871. Je spojena se založením Ernestina v Praze, což bylo první zařízení pro osoby s mentálním postižením u nás. Ředitelem byl Karel Slavoj Amerling, později ústavní lékař Karel Herfort, který se zabýval vrozenou a získanou slabomyslností, kterou následně třídil do tří stupňů – debil, imbecil, idiot.

V Čechách je postupně vybudována celá řada ústavů sociální péče. Objekty ústavů sociální péče byly vybudovány v opuštěných zámeckých objektech a budovách mimo veřejnost. O uživatele (svěřence, chovance, obyvatele) se starali řádové a zdravotní sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Péče v zařízeních byla převážně ošetrovatelská a sociální. Ústavy byly vždy plně obsazeny, někdy i přeplněny. Stávaly se velkokapacitními. Taková zařízení pak omezovala uživatelovo soukromí, byla potlačována osobnost jedince. Uživatelé byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobozováni od povinné školní docházky.

Müller, Valenta (2007) uvádí rok 1989 jako bod zlomu zahájení transformace tehdejších ústavů sociální péče směrem k modernějším formám pobytové péče o uživatele s mentálním postižením (chráněné bydlení aj.). Hlavními cíly transformace jsou principy atomizace (rozbití velkých zařízení), normalizace (integrace uživatelů do společenských struktur a aktivit) a humanizace (upřednostňování potřeb uživatele před požadavky instituce atd.).

2.1 Počátky Vincentina

Roku 1876 byl v našich zemích založen Spolek svatého Vincence z Pauly. Tento spolek pak za vedení předsedy Karla Ervína hraběte Nostitze z Reinecků, založil v Praze 1.11. 1889 ústav Vincentinum nesoucí jméno tohoto světce.

Ve svých počátcích bylo Vincentinum umístěno na Starém městě pražském v Husově ulici a pečovalo o tři nevléčitelně nemocné ženy. O jejich péči se staral řád Šedých sester, které později nahradily Milosrdné sestry svatého Karla Boromejského v čele s představenou Antonietou Chytkovou.

V roce 1907 mělo Vincentinum již 83 chovanců. V roce 1908 se Spolek svatého Vincence rozhodl, že ústav osamostatní. Vincentinum se stalo samostatnou nadací a neslo název Dům milosrdenství Vincentinum. Hlavním posláním Vincentina byla péče o lidi chudé, opuštěné, všemožně postižené, nevléčitelně nemocné, o které nikdo neměl zájem. Roku 1914 zde bylo ošetřováno 160 chovanců. Koncem roku 1927 se zvýšil počet chovanců na 280 osob a jejich počet neustále narůstal. Na financování se podílelo ministerstvo veřejného zdravotnictví, ministerstvo sociální péče, zemský úřad v Praze, zemský sirotčí fond, příspěvky a dary majetných.

Rok 1939 byl jubilejní, Vincentinum slavil 50 let svého trvání a měl 400 chovanců.

Válku Vincentinum v Praze přežilo, ale nástup komunistické moci nikoliv. Praha musela být očištěna od „mrzáků a jeptišek“. Bylo zahájeno stěhování do Šternberka, které proběhlo 19. března 1951 vojenskými sanitními a nákladními auty.

Ve Šternberku byl Vincentinu přidělen zrušený klášter sester Neposkvrněného Početí Panny Marie na Sadové ulici č.7., kam byly umístěny děti schopné výchovy a dva zchátralé domy na Bezručově ulici pro těžce postižené děti.

Od 1. ledna 1960 přešlo Vincentinum ze správy charity pod sociální Okresní národní výbor v Olomouci.¹⁰

¹⁰ Výroční zpráva Vincentina 2009.

Od 1. ledna 1975 byl zřízen Okresní ústav sociálních služeb v Olomouci, Vincentinum se v té době nazývalo Ústav sociální péče ve Šternberku. Řádové sestry, které se o postižené staraly byly postupně nahrazovány civilními pracovníky.

V roce 1980 bylo v ústavní péči Vincentina 307 svěřenců. Z toho 232 dětí. Staralo se o ně 122 zaměstnanců – 64 zdravotníků, 13 vychovatelů a zbytek tvořili zaměstnanci jiných profesí (kuchyně, prádelna, údržba, administrativa atd.). Ústav byl rozčleněn na 6 oddělení, tři dívčí a dvě chlapecká na Sadové ulici a jedno oddělení pro muže nad 25 let v Bezručově ulici.

K 31. 12. 1985 má ústav 339 svěřenců, průměrný věk dětí je 14 let a dospělých 38 let. Podle hloubky mentálního postižení bylo v ústavu (podle tehdejší terminologii) 54 svěřenců s debilitou, 155 s imbecilitou, 27 s idio-imbecilitou a 103 s idiocií.

Na počátku 90. let ústav pečoval o 350 osob. Od 1.1. 1992 získal ústav právní subjektivitu. Zřizovatelem Vincentina byl v té době Okresní úřad Olomouc.

V roce 1995 přešel ústav pod město Šternberk. Řádové sestry Neposkvrněného Početí Panny Marie, kterým byla v 50. letech zabrána budova, ji v restitucích nepožadovaly zpět, a proto zůstala státu. V roce 1994 zde žilo 304 osob, 293 celoročně. Pečovalo o ně 24 výchovných a 80 zdravotnických pracovníků.

Od 90. let je postupně snižována kapacita ústavu nutná pro zkvalitnění péče a důstojný život klientů. V této době proběhly rozsáhlé opravy většího i menšího charakteru, které stoletá budova již nutně potřebovala.

2.2 Vincentinum a současnost

Vincentinum patří mezi největší poskytovatele sociálních služeb v Čechách a na Moravě. Od 1.1. 2003 jej zřizuje Olomoucký kraj a současný název zařízení je Vincentinum – poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace. Služeb Vincentina v současné době využívá 217 uživatelů ve věku od 9 do 83 let. V zařízení pracuje 200 zaměstnanců z toho 35 zdravotních sester a 24 vychovatelů.

Zařízení je v současnosti rozděleno do 5 domovů na budově v ulici Sadová a 3 na odloučeném pracovišti na ulici Bezručova. Rozdělení uživatelů do jednotlivých domovů je závislé především na míře potřebné podpory a péče, podle jejich schopností, věku a pohlaví.

Základním posláním Vincentina je celoročně poskytovat kvalitní podporu a péči dětem, mládeži a dospělým osobám obou pohlaví s mentálním, tělesným, smyslovým postižením

nebo kombinovanými vadami. Poskytovaná péče se ubírá směrem co nejvíce se přiblížit životu v běžném sociálním prostředí s přihlédnutím k jejich individuálním potřebám.

Základní služby Vincentina se řídí zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách § 48. Služby zahrnují ubytování, stravování, údržba a opravy osobního vybavení, úklid, základní sociální poradenství, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.¹¹

Jako navazující služby Vincentinum nabízí rozvoj základních smyslových a rozumových schopností, nácvik sebeobsluhy, pracovní, výchovné a aktivizační terapie v rámci ergoterapeutických dílen jako je textilní dílna zaměřená zejména na malování na hedvábí, šití patchworku, vyšívání a batikování různých textilií. Cílem aranžérské dílny je výroba dekorativních aranžmá sušených rostlin a dřevin, v keramické a svíčkařské dílně uživatelé rozvíjí svoji fantazii a dovednosti při vytváření nejrůznějších artefaktů z pálené hlíny a včelího vosku. Jedním z hlavních úkolů činností v dílnách je vytvoření podmínek pro kvalitní náplň volného času uživatelů, a tím předcházení problémového chování.

Dále to jsou činnosti zahrnující logopedii zaměřenou na rozvoj a zlepšení komunikačních schopností uživatelů, u osob komunikujících verbálně je terapie zaměřena zejména na upevnění a rozvoj slovní zásoby, samostatného vyjadřování. S uživateli, jejichž verbální komunikace je omezena, je rozvíjena alternativní komunikace pomocí piktogramů, fotoobrázků, znakového jazyka. Rozvoj verbální i alternativní komunikace je zaměřen tak, aby sami uživatelé dokázali vyjádřit svá přání, potřeby, pocity a zážitky.

Další významnou činností je stimulační program prenatální a senzomotorické stimulace, prioritou této metody je vytvoření bezpečného zázemí, které je nezbytné pro sblížení uživatele služby a pracovníka. Pro uživatele s poruchou autistického spektra se využívá strukturovaného učení.

V rámci volnočasových a zájmových činností (sportovní, kulturní, společenské) je Vincentinum členem Českého hnutí speciálních olympiád a Českého svazu mentálně postižených sportovců. Uživatelé tak využívají širokou nabídku pořádaných sportovních akcí, kde soupeří v atletice, cyklistice, stolním tenise, přespolním běhu, bocce, přehazované, běžeckém lyžování.

¹¹ Výroční zpráva Vincentina 2009.

Nedílnou součástí služeb pro uživatele je fyzioterapie poskytovaná prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických prostředků. Cíleně ovlivňuje zlepšení funkčního stavu uživatelů se závažnými vrozenými či získanými vadami. Fakultativní služby uživatelům umožňují účast na hipoterpii, rekreačních jednodenních i vícedenních pobytech mimo zařízení jako jsou výlety, tábory, soustředění aj. (vybrané aktivity Vincentina jsou zdokumentovány v obrazové příloze č. 5).

2.2.1 Transformační záměr Vincentina

V roce 2008 bylo Vincentinum zapojeno do procesu transformace pobytové služby. Hlavním cílem aktivit je vytvořit podmínky ke vzniku alternativních typů služeb, které pomohou naplňovat osobní cíle a individuální potřeby uživatelů a budou systematicky navazovat na zavádění Standardů kvality sociálních služeb do praxe a podporovat proces aktivního začleňování osob s postižením do společnosti.

Deinstitucionalizace ústavní péče do přirozené sítě služeb v komunitě spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby chráněného bydlení, osobní asistence a služby podpory samostatného bydlení. U těch osob, které již mají schopnosti samostatně bydlet je nutné co nejdříve zajistit samostatné bydlení. V případě lidí, kteří pobývali delší dobu v ústavním zařízení, je nutné na celý proces vypracovat plány jejich osobního rozvoje a začleňování do komunity a analýzu rizik. Je zřejmé, že určitá část uživatelů bude potřebovat péči pobytových služeb, které musí být poskytovány tak, aby se co nejvíce přibližovaly přirozenému prostředí. To je charakterizováno především malou kapacitou zařízení, vybavením, režimem a způsobem života uživatelů a umístěním v běžné zástavbě.

Daný záměr se odvíjí od práva každého člověka na kvalitní život a současně na vývoj v ostatních zemích Evropské Unie, kdy je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb. Znamená to především změnu dotační politiky a v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování ústavní sociální péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb. Dále to znamená zaměřit se na humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupné rozpouštění do přirozené sítě služeb v komunitě.

Klíčovým finančním zdrojem pro transformační kroky v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou v programovacím období 2007 – 2013 prostředky z evropských fondů.¹²

Jedním z prvních, zásadních významných kroků je přehodnocení osobní situace každého jednotlivého uživatele sociální péče. Následným krokem by mělo být prověření diagnóz a medikace všech současných uživatelů ústavní sociální péče. Na základě této komplexní osobní analýzy musí být vytvořeny plány péče podpory, které by měly odrážet osobní představu jednotlivých uživatelů o vlastním životě.

Důležitá je také revize naplňování lidských a občanských práv uživatelů, zejména ve vztahu ke způsobilosti k právním úkonům a ve vztahu k opatrovnictví.

Proces transformace je časově náročný a i v maximálně motivovaném ústavním zařízení bude trvat léta. Proto je nutné začít s některými změnami ihned. Jde zejména o různá opatření zvyšující míru soukromí obyvatel, zvyšování citlivosti k dodržování lidských práv uživatelů, realizace programů podpory soběstačnosti a využívání možnosti zapojení uživatelů do místního a ekonomického života obce.¹³

Vzhledem k tomu, že současný stav budovy Vincentina na Bezručově ulici je nevyhovující (zchátralá budova chráněná památkovým úřadem) je prvotní snahou tento objekt opustit. Předpokládá se, že z celkového počtu 227 uživatelů dojde k systematickému vyhledávání vhodných podmínek k přestěhování pro cca 70 uživatelů, což odpovídá počtu uživatelů na odloučeném pracovišti Bezručova. Poskytování sociální služby na ulici Sadová bude souběžně řešit problematiku zbylých přibližně 150 uživatelů služby a současně s vytvářením nových kvalitních služeb je nutno přijímat opatření zvyšující míru soukromí obyvatel, dodržovat přijatá opatření předcházející porušování práv uživatelů služeb, vytvářet programy soběstačnosti a snažit se o poskytování přiměřené míry podpory a péče s ohledem na míru závislosti na sociální službě apod.

Další spektrum zájmu bude vytvoření podmínek pro uživatele s problematickým chováním, s poruchou autistického spektra, agresivitou apod., jejichž specifické potřeby jsou výrazné.

¹² Výroční zpráva Vincentina 2009

¹³ Dostupné na : <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/soc>.

3 Legislativní zakotvení poskytování sociálních služeb a Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. přinesl legislativní předpoklady pro postupnou proměnu vztahů v sociálních službách, dříve označovaných jako sociální péče. Zákon a jeho realizace mj. zajišťuje narovnání vztahů mezi poskytovateli a uživateli služeb. Dřívější systém sociální péče příliš znevýhodňoval poskytovatele a nevytvářel podmínky pro ochranu práv uživatele.

Zákon svými opatřeními, jako jsou např. systém registrací služeb a standardů definování kvality včetně inspekcí, vytváří předpoklady pro kvalitu sociálních služeb. Dále umožňuje uživateli služby spolupůsobení na obsahu jemu poskytované služby a podílení se na její kvalitě. V ekonomické rovině se jedná o příspěvek na péči, který zvyšuje svobodnou volbu uživatele při využívání poskytované sociální služby. Stejný význam má i smlouva o poskytování sociální služby, na níž bezprostředně navazuje individuální plán rozvoje klienta.

V současné době je u nás téměř půl milionu občanů, kterých se přímo dotýkají sociální služby. Proto je nezbytné, aby si tito byli vědomi nabytých práv a z nich vyplývající odpovědnosti. Stejně tak je důležité, aby měl každý uživatel možnost využít kvalitní a specializované poradenství a služby zaměřené na řešení problémů vyplývajících z jejich stávající situace (Michalík, Jesenská, 2007).

Sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Zákon dále upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory všem fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Mezi základní zásady tohoto zákona patří nárok každé osoby na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, pomoc musí vycházet s individuálních potřeb osob, působit na osoby aktivně, podporovat, motivovat k činnostem, které vedou k sociálnímu začlenění.

Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.

Zákon vymezuje následující formy poskytování sociálních služeb:

- pobytové služby
- ambulantní služby
- terénní služby.

Zákon současně formuluje základní činnosti při poskytování sociálních služeb:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování, případně přenocován
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

3.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Pobytovou (rezidenční) službou jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen domovy), do konce roku 2006 označovány jako ústavy sociální péče. Obvykle přichází v úvahu, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny a je nutno zajistit přechodně či trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje. Poslání domovů pro osoby se zdravotním postižením zahrnuje pomoc rodinám s výchovou a péčí o děti, mládež a dospělé s mentálním postižením. V některých případech domovy nahrazují rodinu, rodinné prostředí.

Prostředí v těchto zařízeních vážně zasahuje do života každého klienta domova, proto současná sociální práce se zaměřuje na pomoc rodinám s mentálně postiženým jedincem. Cílem je, aby každý mentálně postižený mohl vyrůstat v rodině v běžném prostředí. Švarcová (2000, s. 138) uvádí: „*Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.*“ Faktem zůstává, že v domovech stále žije velké procento osob s mentálním postižením. Děti s mentálním postižením jsou umístěny do domovů převážně z důvodu špatné situace v rodině (rozvod rodičů, finanční stránka rodiny, špatné bytové podmínky).

Rodiny s dospělým mentálně postiženým jedincem vyhledávají kvalitní domovy, protože častým důvodem bývá zdravotní stav nebo úmrtí rodičů.

V současné době existuje široká nabídka domovů, to znamená, že rodiče si mohou vybírat zařízení z hlediska kvality a místa, kde je domov zřízen. Během posledních let došlo k rozvoji služeb domovů jak po stránce kvantitativní (členění), tak po stránce kvalitativní (v oblasti péče, bydlení...). Téměř všechny domovy se potýkají s problémy hlavně finančními, dále pak personálními, organizačními aj. To se odráží na kvalitě bydlení, poskytování služeb, materiálního a technického vybavení ústavů, na odborném vedení práce s klienty. Samozřejmostí by mělo být, aby všechna stávající zařízení, ať jsou rozmístěna kdekoli na území naší republiky, byla na dobré úrovni a poskytovala svým klientům kvalitní péči, na kterou mají právo. Naším úkolem je pomáhat jim zvládat důsledky jejich handicapu a poskytnout jim rovné šance v životě (Pipeková, 2006).

V současné době existuje několik typů (druhů) poskytovaných služeb. Klasifikují se dle hlediska délky pobytu (denní, týdenní, celoroční), druhu postižení (psychické, fyzické, mentální, smyslové, kombinované vady...), věku (děti, mládež, dospělý), pohlaví (muži, ženy), kapacity a zřizovatele (státní, nestátní sektor).

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

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách, konkrétně §14 jsou základní činnosti poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením zajištěny v rozsahu těchto úkonů:

a) poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

b) poskytnutí stravy:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,

c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
1. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
2. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
3. pomoc při prostorové orientaci, samostatnému pohybu ve vnitřním a vnějším prostoru,

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. pracovně výchovná činnost,
2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
3. vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění,
4. volnočasové a zájmové aktivity,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

g) sociálně terapeutické činnosti:

- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

4 Ochrana práv osob s mentálním postižením a Standardy kvality sociálních služeb

Celkové podmínky v zařízeních sociálních služeb, a především práva a povinnosti v nich žijících osob, nebyly až do 1. ledna 2007 upraveny zákonem. Tato oblast byla pouze částečně regulována podzákonnými normami. Právní situace se změnila nabytím Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve kterém zakotvuje závaznost standardů kvality sociálních služeb (dále jen Standardy), které lze považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Při zavádění Standardů dochází k odklonu od poskytování sociální služby jako tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Standardy vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby a individuálním potřebám jejich uživatelů. Naplňování Standardů vede k poskytování služeb odpovídajícím přirozeným individuálním potřebám člověka, který v daném zařízení sociální žije. Plnění Standardů je závazné pro všechny poskytovatele sociálních služeb, jejich plné znění je uvedeno v příloze č. 2 k prováděcí vyhlášce 505/2006, zákona o sociálních službách č. 108/2006. Standardy dělíme na procedurální, personální a provozní (Čermáková, Johnová 2002).

4.1 Procedurální standardy

Standard 1. Cíle a způsoby poskytování služeb:

Hlavním záměrem standardu je nastavení základních požadavků na sociální službu, jako je stanovení podání cílů služby, okruhu osob, kterým je poskytována služba a zásad služby.

Standard 2. Ochrana práv uživatelů:

Další standard se dotýká problematiky respektování základních lidských práv každého uživatele a jejich povinnost dodržení pro poskytovatele.

Standard 3. Jednání se zájemcem o službu:

Zásadní důležitostí standardu je seznámení uživatele se všemi podmínkami dohody o poskytování služby před jejím uzavřením. Jde o společnou domluvu, která splňuje podmínky toho co zájemce od služby očekává, jakým způsobem bude služba poskytována , naplňování cílů aj.

Standard 4. Dohoda o poskytování sociální služby:

Smyslem standardu je vytvoření rovnocenného vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem služby. Výsledkem dohody jsou stanoveny povinnosti a práva účastníků dohody, směřující k cíli očekávání poskytované služby. Dohody o poskytování služby jsou uzavírány na základě dobrovolnosti obou stran.

Standard 5. Individuální plánování a průběh sociální služby:

Průběh služby je plánován s ohledem na osobní cíle a potřeby uživatele včetně jeho schopností a dovedností., jejichž respektování povede ke zkvalitnění sociální práce zejména při řešení nepříznivé sociální situace, stanovení cílů, předcházení možným rizikům atd.

Standard 6. Dokumentace o poskytování sociální služby:

Každé zařízení vytváří takové podmínky, aby zpracování osobních údajů odpovídajících platným obecně závazným normám. Dané údaje o uživatelích umožňují poskytovat bezpečné, odborné a kvalitní sociální služby.

Standard 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb:

Standard pojednává o možnosti uživatele stěžovat si na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, bez jakéhokoliv ohrožení. Každé zařízení má povinnost vytvořit vlastní vnitřní pravidla pro evidenci a vyřizování stížností, která jsou důležitým poselstvím o spokojenosti, zda služba odpovídá potřebám uživatelům.

Standard 8. Návaznost sociální služby na další zdroje:

Podpora rozvoje přirozených sítí i podpora vztahů k běžným institucím, by měla být součástí veřejného závazku zařízení. Dále se zařízení snaží předejít návyku na sociální službu a podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako rodina a přátelé.

4.2 Personální standardy

Standard 9. Personální a organizační zajištění sociální služby:

Standard se týká, struktury, počtu pracovníků včetně jejich vzdělávání a dovedností odpovídající potřebám uživatelů služeb. Klíčem kvalitní služby jsou lidé, kteří ji přímo poskytují. Důležité je zajistit dobrý výběr pracovníků, průběžnou odbornou pomoc od odborníků, poskytnutí dobrých pracovních podmínek.

Standard 10. Profesionální rozvoj pracovníků:

Zařízení zajišťuje profesionální rozvoj pracovníků, jejich dovedností a schopností. Pracovník musí zajišťovat, to co uživatel potřebuje, práce dobrého týmu se projevuje v každodenním přístupu k uživatelům.

4.3 Provozní standardy

Standard 11. Místní a časová dostupnost služby:

Instituce či zařízení má jasně určené místo a dobu, během níž je služba poskytována a současně odpovídají potřebám cílové skupiny uživatelů služby. Místo i denní doba poskytování služby mají odpovídat potřebám uživatele.

Standard 12. Informovanost o službě:

Kvalitní informovanost je základní podmínkou pro dostupnost služeb. Zařízení zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, cílové skupině aj. To usnadňuje orientaci zájemcům při výběru služby.

Standard 13. Prostředí a podmínky poskytování služeb:

Sociální služby by měly být poskytovány s ohledem na to, pro jakou cílovou skupinu uživatelů byly zřízeny. Prostředí a podmínky v zařízení odpovídají charakteru služeb, potřebám uživatelů, kapacitě aj. Současně je kladen důraz na plnění všech obecně závazných norem souvisejících s poskytováním služby.

Standard 14. Nouzové a havarijní situace:

Poskytovatelé sociálních služeb také zajišťují spolehlivost a bezpečí pro uživatele. Z toho vyplývá systematická připravenost zařízení a pracovníků v případě řešení havarijní či nouzové situace.

Standard 15. Zvyšování kvality služeb:

Zařízení zajišťuje zvyšování kvality poskytovaných služeb, zejména v oblasti zajištění požadavků cílové skupiny uživatelů, poskytování služby dle připravených pravidel, zjišťování spokojenosti uživatelů a jejich vyhodnocení atd.

4.4 Hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb

K větší srozumitelnosti standardu pomáhají kritéria. Standardy jsou rozloženy na kritéria z důvodu, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu splňují. Kritéria jsou měřitelná.

Dle vyhlášky č. 505/2006 § 38, zákona o sociálních službách č. 108/2006 se plnění Standardů kvality sociálních služeb hodnotí podle stupně plnění jednotlivých kritérií systémem bodového hodnocení:

- 3 body, jestliže kritérium je splněno výborně
- 2 body, jestliže kritérium je splněno dobře
- 1 bod, jestliže kritérium je splněno dostatečně
- 0 bodů, jestliže kritérium není splněno.

Měřitelnost kritérií je důležitá pro poskytovatele, které zajímá kvalita vlastních služeb, i pro vnější hodnotitele jejich služeb. Porovnáním kritérií se skutečností lze snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je třeba změnit.

4.5 Inspekce poskytování sociálních služeb

Inspekci poskytování sociálních služeb provádí krajský úřad, ministerstvo práce a sociálních věcí, a to u poskytovatelů sociálních služeb, které jsou zaregistrovány dle § 84 vyhlášky č. 505/2006 Sb., jako součást zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb je plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb, kvalita poskytovaných sociálních služeb. Postup při

provádění inspekce podle zákona se řídí zákonem o státní kontrole. Inspekce se provádí vždy v místě poskytování sociálních služeb, provádí ji inspekční tým, který tvoří nejméně 3 členové. K účasti na inspekci mohou být přizváni specializovaní odborníci. Ti nesmějí být podjatí vůči poskytovateli sociálních služeb, u kterého inspekce probíhá. O výsledku inspekce se pořizuje inspekční zpráva. Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí Standardů kvality sociálních služeb a jejich kritérií.

4.6 Veřejný ochránce práv

Českým veřejným ochráncem práv (dále jen ochránce) u nás je JUDr. Otakar Motejl, jeho zástupkyní je RNDr. Jitka Seitlová.

Působnost ochránce jako vnějšího, nezávislého, bezplatného a co nejméně formálního institutu, jehož hlavní funkcí je zajištění práv a oprávněných zájmů pro všechny občany České republiky. Pomáhá osobám, které se dostaly do situace v níž se cítí opomíjeny, poníženy, přehlíženy či diskriminovány a často neví, kde a jakým způsobem se domáhat svých práv. Funkce ochránce působí i plošně preventivně, neboť úřady, instituce, fyzické či právnické osoby, které podstoupily kontrolu jsou si vědomi, že pokud účastník nebude s jejich jednáním, postupem spokojen, mohou se dostat do situace, kdy budou nuceni svoje stanoviska zdůvodnit, obhájit, případně nést následky.¹⁴ Český veřejný ochránce práv byl zřízen zákonem č. 349/1999, o veřejném ochránci práv (dále jen zákon).

Dle zákona ochránce přispívá k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Poskytuje metodickou pomoc obětem diskriminace při podávání návrhů na zahájení řízení z důvodů diskriminace, provádí výzkum zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám souvisejícím s diskriminací.

¹⁴ Dostupné na : <http://www.ochrance.cz/ombudsman/obecne.php>.

Ochránce jedná na základě fyzické nebo právnické osoby, podnětu adresovaného poslanci nebo senátorovi, který jej ochránci podstoupil, z podnětu adresovaného některé z komor Parlamentu nebo z vlastní iniciativy.

Každý má právo obrátit se na ochránce, podnět nepodléhá poplatku. Je-li podnět podle svého obsahu opravným prostředkem podle předpisů, ochránce o tom stěžovatele neprodleně vyrozumí a poučí jej o správném postupu.

Ochránce je oprávněn s vědomím vedoucích úřadů, a to i bez předchozího upozornění, vstupovat do všech prostor kontrolovaných subjektů a provádět šerení spočívající v nahlížení do spisů, kladení otázek jednotlivým zaměstnancům a rozmluvě s osobami umístěnými v zařízení.

4.6.1 Historie a obecné zakotvení institutu ombudsmana

Původ slova ombudsman lze nalézt ve středověkých výrazech „umbup“ (moc, autorita), případně ve švédském slově „ombud“, které označuje osobu, jenž vystupuje jako zástupce, zmocněnce či mluvčí jiných.

Funkci prvního ombudsmana zřídil v 18. století švédský král Karel XII.. Od roku 1809 byla instituce ombudsmana poprvé pevně zakotvena ve švédské ústave, kdy byla definována jako orgán parlamentu dohlížející na to, jak soudci, vládní a ostatní úředníci zachovávají zákony a jiné právní předpisy.

Největšího rozvoje dosáhla instituce ombudsmana v e 20. století. Zejména po 2. světové válce téměř ve 100 státech světa.

Základní rozdělení ombudsmanů je parlamentní ombudsman, kterého volí zákonodárny sbor, ombudsman moci výkonné, volen vládou a jí zodpovědný a ombudsman smíšeného typu. Český veřejný ochránce práv náleží do většinové skupiny všeobecných parlamentních ombudsmanů působících centrálně, kteří v současné době s určitými modifikacemi působí téměř ve všech zemích Evropské unie.¹⁵

¹⁵ Dostupné na : <http://www.ochrance.cz/ombudsman/ochrance.php>.

4.6.2 Kontrolní činnosti veřejného ochránce práv v zařízeních sociálních služeb

Pro nás důležitou povinností ochránce je kontrola práv uživatelů v zařízeních poskytujících sociální péči. Při svých systematických návštěvách v zařízeních se zaměřuje zejména na právo na osobní svobodu, svobodu pohybu a opatření omezující pohyb osob. Tato práva jako jedny ze stěžejní lidských práv garantuje Listina základních práv a svobod i mezinárodní úmluvy o ochraně lidských práv. jedná se o velmi široký pojem a porušování či omezování tohoto práva může mít v podmínkách jednotlivých zařízení poskytujících sociální péči řadu forem a příčin. Ochránce se setkal především s omezeními v podobě mechanických překážek (bezbariérovost objektů, personálních kapacit, nedostatek personálu) a faktických omezení, kdy k porušování tohoto práva dochází na základě zažitých praxe nebo vnitřních předpisů poskytovatele.

Cílem systematických návštěv je zjišťovat, jak se s osobami omezenými na svobodě zachází, zda jsou respektována jejich základní práva a svobody, a tím posílit ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení. Je to neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jejich sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči a její prohlubování.

Jednotlivá zjištění v konkrétních případech při kontrolní návštěvě zařízení je ochránce o daných skutečnostech vázán mlčenlivostí, v obecné rovině je však o své činnosti a poznatcích povinen soustavně informovat veřejnost. Velmi účinným sankčním oprávněním ochránce práv je sankce v podobě informovanosti veřejnosti o konkrétním pochybení. Své poznatky vyplývající z kontrol předkládá ochránce v souhrnných zprávách poslanecké sněmovně. Vedle podrobných informací o činnosti ochránce, kontrolní zprávy obsahují upozornění na problémy, které ochránce považuje za příčinu nespokojenosti a ztížení přístupu práv uživatelů služby, resp. v nemožnosti se práv domoci. Naslouchajícimu zákonodárci tak signalizuje nedostatky, které je třeba řešit. Ochránce práv nejen přispívá k nápravě pochybení poskytovatele sociálních služeb, ale také navrhuje systémové opatření k nápravě vedoucí ke změně původních příčin pochybení.¹⁶

¹⁶ Dostupné na : <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php>.

Konkrétní návštěvy proběhly vždy neohlášené, ovšem na místě s vědomím vedení daného zařízení. Průběh návštěv odpovídal velikosti a členění zařízení. Jednodenní či dvoudenní návštěvy zahrnovaly prohlídku zařízení, rozhovory s vedením, pracovníky v přímé péči, studium dokumentace uživatelů a vnitřních předpisů, včetně rozhovorů s náhodně vybranými uživateli.

Poskytování kvalitní péče na základě moderních metod sociální práce v prostředí sociální služby, která je integrovaná do běžného života a respektuje princip normality, je výzvou pro poskytovatele sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb se v dnešní době nachází na rozcestí dvou zmíněných přístupů, a to integrovaných forem. Vznikly koncepty, které oba přístupy ne vždy erudovaně propojují anebo tyto dva neslučitelné přístupy k poskytování sociální služby zásadně neoddělují. Zastánci propojení ústavní péče s integrovanými formami zřizují chráněná bydlení uvnitř zdí ústavů a v podstatě tím popírají princip integrace. Rozvojem nevládních organizací, které preferují integrované formy chráněného bydlení a zaměstnávání, vzdělání, trávení volného času došlo k propastnému rozdílu uplatňovaných metod práce s uživatelem a kvality v poskytovaných službách. Zastaralé ústavní komplexy svým účelem a podstatou nevyhovují moderním trendům v pomáhajících profesích. Jejich transformace je a bude nákladná.

4.6.2.1 Konkrétní příklady kontrolní činnosti veřejného ochránce práv

V rámci dohledu nad zařízeními, kde se mohou nacházet osoby omezené na svobodě, navštívil veřejný ochránce práv 25 domovů pro osoby se zdravotním postižením, specializovaných na uživatele s mentálním postižením. Téměř polovina měla kapacitu nad 100 uživatel a většina se nacházela na okrajových částech obcí a měst. Tyto faktory mohou prohlubovat sociální vyloučení uživatelů a zcela je izolovat od běžného života ve společnosti.

Požadavek ochránce na větší začlenění do společnosti se týká všech pobytových zařízení sociálních služeb a je v souladu se současným pojetím sociálních služeb, podle něhož mají sociální služby směřovat k individualizaci a poskytování služby v přirozeném prostředí.

Šetření se zaměřilo především na uživatele ve věku do 26 let a vedle respektování základních práva svobod se ochránce zajímal o realizaci práva na vzdělání, spolupráci

s orgány sociálně-právní ochrany dětí a také důvody umístění těchto uživatelů do domovů pro zdravotně postižené.

Dle ochránce je pro zlepšování sociálních služeb nezbytné postupně zvýšit počet personálu v přímé péči se zvláštním důrazem na nezdravotnický personál. Jen tak je možné uživatelům, kteří mají perspektivu dosáhnout úrovně samostatného života mimo areál zařízení, pomoci v nácviku potřebných schopností a činností. Kromě nedostatečné přípravy na samostatný život je však překážkou jejich odchodu ze zařízení i nedostatek návazných služeb. Domovy by měly uživatelům předkládat co nejpestřejší nabídku integračních možností.

Potěšují je, že v řadě navštívených zařízení imobilní uživatelé netrávili čas pouze v lůžku. Bylo jim umožněno střídat prostředí, trávit čas v polohovacích vacích či kuličkových bazénech, nebo v místnosti pro multismyslovou terapii. Naopak v několika zařízeních ochránce zjistil minimální střídání prostředí a minimální aktivizaci.

Jako náhradu chybějící nabídky služeb a aktivit mimo zařízení umožňují domovy uživatelům práci přímo v zařízení. V takovém případě ochránce vybízí, aby domovy uživatele za práci adekvátně odměňovaly v částkách, které by musely vynaložit, pokud by na výkon práce uzavřely standardní pracovní smlouvu.

Jako v jiných typech zařízení začíná i v těchto domovech pro osoby s mentálním postižením porušování soukromí u mnohalůžkových pokojů. Ochránce se setkal i s průchozími pokoji a v jednom zařízení uživatelé prakticky žili v jedné velké místnosti rozdělenou prosklenou stěnou. Ochránce doporučuje hledat řešení, díky nimž se budou pokoje uživatelů podobat pokojům z běžného domácího prostředí.

Ve čtyřech navštívených zařízeních se používají kamery, které sice snímají chodby, ale jsou umístěny v blízkosti soukromých prostor. Podle ochránce je třeba poměřit míru potřebnosti kamerového snímání se zásahem do soukromí.

Při umístění uživatelů do pokojů by domovy měly zohledňovat věk a pohlaví uživatelů. Ochránce se například setkal s tím, že třináctiletý chlapec obýval pokoj společně s několika s čtyřicetiletými uživateli. Takové uspořádání není vhodné ani přirozené a přináší rizika v podobě různosti zájmů, možnosti manipulace až zneužívání. Takto může zařízení postupovat pouze na výslovné přání uživatelů.

Nedostatek personálu, organizační či materiální nedostatky a pravidla domovů jsou často překážkou volného pohybu uživatelů mimo domov, zvláště v případech, kdy uživatelé potřebují aktivní dopomoc. Pokud samostatný pohyb osob s postižením představuje určité riziko, musí domovy reagovat nastavením pravidel pro uživatele i personál. U každého uživatele by mělo být riziko individuálně vyhodnoceno a aktuálně stanoveno.

Nejzávažnější omezení svobody jsou používána u uživatelů, kteří projevují nějakou formu neklidu. Fyzické úchopy založené na šetrné sebeobraně využívá v naprosté většině nevyškolený personál. Místnost k bezpečnému pobytu nebývá vždy konstruována tak, aby pobyt v ní byl bezpečný nebo důstojný.

V současné době jsou v případě nezvládnutelného neklidu někteří uživatelé odváženi do spádových psychiatrických léčeben. Ochránce upozorňuje, že dlouhotrvající pobyty lidí s takovým postižením v psychiatrické léčebně, svědčí o neschopnosti poskytovatelů zajistit odbornou a individuální péči s ohledem na typ postižení.¹⁷

Otázka sexuality osob s mentálním postižením je z minulosti zatížena mnoha předsudky, s nimiž je možné se setkat nejen u laické, ale i odborné veřejnosti. Podle ochránce je třeba se tématem zabývat a vyhnout se extrémům, jako je na jedné straně naprostá tabulace problematiky, na druhé straně otevřenost bez zábrán, která je ve skutečnosti projevem neúcty a nedostatkem respektu k právu na zachování intimní sféry, což vede k nedůstojné stigmatizaci uživatelů. Podle názoru ochránce, opřeného o dosažitelnou literaturu a prezentované odborné příspěvky, by zařízení měla otevřít na toto téma vést diskuzi mezi pracovníky, tak aby se vytvořil prostor pro sdělení vlastních názorů, postojů atd.

4.7 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Nejnověji se postavení osob se zdravotním postižením dotýká schválená Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále jen ÚPOP), která vstoupila v platnost 3. května 2008. Jejím přijetím je sledována snaha posílit právní postavení osob se zdravotním postižením v různých oblastech života. Jedná se např. o právo na práci, právo na začlenění do společnosti, přístup ke komunitním službám aj. Velmi významný dopad do současné praxe zbavování způsobilosti k právním úkonům, lze interpretovat tak, že v podstatě zakazuje možnost zbavit někoho způsobilosti k právním úkonům.

¹⁷ Dostupné na : <http://www.obecniportal.cz?cid=224285frommail=1>.

Tématem o způsobilosti k právním úkonům se zabývá také návrh nového občanského zákoníku, kde se již s plným zbavením způsobilosti k právním úkonům nepočítá. Ve svéprávnosti lze člověka omezit, avšak jako dosud jen z vážných zdravotních důvodů a jen rozhodnutím soudu. Nově se v občanském zákoníku navrhuje, že soudce musí člověka při rozhodování o jeho svéprávnosti zhlédnout a že k těmto zásahům do lidských práv lze přistoupit, jen nestačí-li mírnější postup. Kromě toho se zavádí nový institut nápomoci při rozhodování umožňující soudu člověka neomezovat ve svéprávnosti a ustavit mu osobu, která za člověka právně nejedná, avšak pomáhá mu v běžných činnostech.¹⁸

Hlavním účelem ÚPOP je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné právo všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobě fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

ÚPOP je založena na následujících zásadách:

- respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby,
- nediskriminace
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti
- rovnost příležitostí
- přístupnost
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvoje a schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.¹⁹

¹⁸ Dostupné na : www.obcanskyzakonik.justice.cz/cz/obecna-cast-zakoniku/co-upravuje-obecna-cast-zakoniku-html#3.

¹⁹ Dostupné na : <http://www.nrzp.cz/umluva-osn-opravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>.

4.8 Deklarace práv osob s mentálním postižením

Tato důležitá listina byla vyhlášena na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971. Valné shromáždění vyhlásilo deklaraci o osobách s mentálním postižením a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

- osoby s mentálním postižením mají mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
- osoby s mentálním postižením mají právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
- osoby s mentálním postižením mají právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň.
- pokud je to možné, mají osoby s mentálním postižením žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka účastnit se různých forem společenského života. Proto má být v rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
- osoby s mentálním postižením mají právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
- osoby s mentálním postižením mají právo na ochranu před jakýmkoliv vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením.
- jestliže někteří lidé s postižením nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv a v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit osobu s postižením zákonně proti jakékoli formě zneužití. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.²⁰

Nedílnou součástí života každého člověka jsou jeho lidská práva zaručující každému svobodu, slušné zacházení, možnost rozhodovat sám o sobě. Je samozřejmostí, že i lidé s mentálním postižením mají stejná práva jako ostatní lidé.

²⁰ Dostupné na : <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67>.

Nezáleží na tom, jestli bydlí v rodině, v zařízení sociálních služeb nebo v chráněném bytě. Každý má právo na svobodu pohybu, může se volně pohybovat, nesmí být zavírat v místnosti nebo v budově a nemá možnost vycházet. Může si vybrat kde a s kým chce bydlet, každá návštěva pokoje či bytu musí zaklepat a požádat o vstup. Nemusí jíst jídlo, které nechutná, má možnost výběru z jídelníčku. Mít možnost rozhodnout o svém vzhledu, účesu, oblečení. Vybrat si způsob oslovování křestním jménem, příjmením, tykání, vykání.

Uplatňovat právo na kontakt s rodinou i s přáteli, navazovat partnerské vztahy, společné bydlení, sexuální život. Právo vybrat si práci a pracovat, dostat zapláceno, možnost změnit práci. Trávit volný čas dle vlastních představ a přání. Právo požádat soud o vrácení způsobilosti k právním úkonům za pomoci opatrovníka nebo asistenta. V případě nespokojenosti se svým opatrovníkem možnost požádat soud o nového opatrovníka. Je důležité, aby každý věděl, že pokud se mu nelíbí, jak se k němu ostatní chovají, má právo si stěžovat vedoucímu, řediteli nebo opatrovníkovi. S právy souvisí i povinnosti a pravidla, která každý člověk musí dodržovat (Sobek, 2009).

4.9 Sexuální osvěta osob s mentálním postižením

Sexualita osob s mentálním postižením se postupně stává méně tabuizovaným tématem. Na druhou stranu se ještě stále objevují názory, že osoby s mentálním postižením, by měly být vzdělávány především v jiných oblastech, než je sexualita. Takové názory potlačují práva na prožití sexuality ve spojitosti s obavami, že osoby s mentálním postižením nebudou schopny se svou sexualitou dobře zacházet. Je důležité mít na paměti, že osoby s mentálním postižením mají nárok na všechny prožitky, včetně sexuálních a současně mají právo na sexuální výchovu jako prevenci a ochranu před sexuálním zneužitím. Ze statistik vyplývá, že osoby s mentálním postižením se stávají častěji cílem sexuálního zneužití, často i opakovaně. Z tohoto důvodu je důležité vzdělávání osob s mentálním postižením v oblasti sexuality s přihlédnutím na jejich specifika vnímání vzhledem ke stupni postižení. S ohledem na sexualitu mají osoby s mentálním postižením právo na sexuální vyjádření odpovídající věku, na adekvátní vzdělávání v oblasti bezpečných sexuálních praktik, sexuální orientace, sexuální zneužívání, sexuálně přenosné nemoci. Pro splnění kladených cílů je potřeba se také zaměřit na spolupráci s rodiči, zákonnými zástupci,

pedagogickými pracovníky, poskytovateli sociálních služeb a ostatní osoby, které pracují s lidmi s mentálním postižením, včetně veřejnosti. Předpokládá se, že poskytovatelé sociálních služeb do svých směrnic začnou zavádět tzv. protokoly o sexualitě, tedy formy pravidel, ze nichž bude jasně stanoveno, jak modifikovat vztahy přátelství a lásky u uživatelů služeb. Zahraniční autoři zdůrazňují filozofii sexuality osob s mentální postižením v oblasti respektování práv dospělých s mentálním postižením, zahrnující vztahy, sexuální prožívání a plánování rodiny, dále uznání vztahů lásky, sexuální identity, sexuálního vyjádření, respektování a podpora intimních i neintimních vztahů. Pro zavádění sexuální výchovy v zařízení sociálních služeb je optimální nejdříve vytvořit podmínky běžného prostředí, jako koedukované skupiny, nabídka podporovaného zaměstnávání pro uživatele, aktivní účast na veřejně kulturních a jiných akcích tak, aby se dostali do běžných podmínek a měli možnost sociálního styku s oběma pohlavími. Důraz je kladen také na spolupráci rodičů, učitelů, vychovatelů, i ostatního personálu včetně návaznosti na sít' profesionálů jako jsou sexuolog a psycholog. Hlavním úkolem každého zařízení je vytvoření protokolu sexuality, který musí všichni zaměstnanci respektovat. Do jeho obsahu patří postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých uživatelů, způsob řešení možných důsledků sexuality, přístupné a nepřístupné formy kontaktu, péče a poskytované podpory, zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality, rodiče a zákonní zástupci, postup při sexuálním zneužití a preventivní politika uvnitř zařízení. Každý uživatel má mít možnost vyjádření souhlasu či nesouhlasu se sexuální výchovou (Štěrbová, 2007).

4.10 Inclusion Europe - Evropská asociace lidí s mentálním postižením a jejich rodinných příslušníků

Členskými organizacemi Inclusion Europe jsou organizace 36 zemí Evropy včetně České republiky v zastoupení Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Zastupují osoby s mentálním postižením a jejich rodiny, spolupracují s Evropskou Komisí a Evropským Parlamentem, které informuje o potřebách svých členských organizací. Vydává publikace a pořádá konference v celé Evropě. Inclusion Europe pracuje ve třech hlavních oblastech:

- boj proti diskriminaci
- lidská práva lidí s mentálním postižením
- začlenění všech lidí do společnosti Inclusion Europe (2005).

Hlavní stanoviska v rámci uplatňování práv osob s mentálním postižením považuje Inclusion Europe zejména právo svobodné volby a samostatného rozhodování v situacích

jako např. kde a s kým chce bydlet, kam chce jít, jestli si chce vzít lék, možnost jiné lékařské péče, co si chce koupit atd. Tato práva by neměla být lidem s mentálním postižením odepřena jen proto, že jim ostatní nerozumí nebo nechtějí rozumět. Z toho důvodu uplatňuje právo každého na kvalitního opatrovníka, který naslouchá přáním, spolupracuje, doprovází ve složitých situacích a současně vytváří vztah na základě porozumění a důvěry.

5 Problémové chování a agrese u lidí s mentálním postižením

Agresivní jednání patří k lidskému repertoáru, je však známé i ve světě zvířat, kde bývá interpretováno jako boj o přežití, rozmnožování či zajištění rodu. Agrese je pozorovatelné chování zaměřené na určitý cíl, mnohdy způsobuje poškození, škodu (osobní, věcnou atd.). Mezi faktory ovlivňující lidské chování řadíme genetické faktory, fyziologické faktory (hormony, neurotransmiter aj.), psychický stav, skupinové sociální podmínky, sociálně-ekologické faktory (zajištění potravy), kulturně-historické faktory, ontogenetické faktory (osobní zážitky, hranice frustrace, strach aj.). V praxi neexistuje jasně identifikovatelný faktor, který agresi způsobuje, bývá to obvykle řetězec dalších aspektů, který vznik agrese podmíní a dá do pohybu spouštěče.²¹

Podle odborníků může být agrese chápána jako násilné narušení práv jiného člověka, nebo jako proces normálního chování, které v určitých souvislostech a formách se zaměřuje na uvolnění, aby byly uspokojeny potřeby jedince nebo překonány psychické či fyzické ohrožující vlivy. Někdy bývá agrese vysvětlována pomocí agresivního pudu odpovědného za širokou škálu chování, které ve své podstatě nemusí být agresivní. Naopak pozitivní funkce agrese slouží k ochraně člověka, není zaměřena na poškození ostatních. Jiné názory hovoří o agresi jako o základu intelektuálního vývoje člověka, o předpokladu k získání nezávislosti a hrdosti. Jindy je agrese přijímána jako chování bez motivace, jako udílení škodlivých impulsů druhému člověku, mnoho lidí označuje za agresi chování, které není v souladu se schvalovanými sociálními pravidly. Agrese je využívána také ke získání moci nad druhými lidmi, tzn. způsob, jak je ovlivnit nebo si potvrdit vlastní hodnotu. Dále může být agrese demonstrována vyhledáváním záliby v ubližování jiným lidem, v takovém případě je zdrojem potěšení, uspokojení ze sebe sama, je to legrace, agresivní veselí (Čermák, 1999).

V psychiatrii se agresí rozumí jako stav bezprostředně ohrožující agresora nebo jeho okolí. Je vnímána jako krátkodobé vybití vnitřního napětí násilným chováním. Za příčinu vzniku se považují zejména duševní poruchy (organické, afektivní, návykové, sexuální aj.), i když v některých případech nemusí být zjevný vyvolávající faktor, častou příčinou může být i nevhodný přístup personálu Hýža, Hanušková, Hosák in Hosáková a kol. (2007).

²¹ Šelner, I. : *Projevy agrese a autoagrese u lidí s mentálním postižením*. Odborná přednáška, Šternberk, 6. – 7. 10. 2009.

5.1 Agrese a její podobnosti

Dle mnoha odborníků agresi rozdělujeme na instrumentální, expresivní a nepřátelskou.

Instrumentální agrese je prostředkem, jak dosáhnout vnějšího cíle. Je-li přitom zraněna jiná osoba, pak jde o sekundární efekt. Použití instrumentální agrese, je založeno na předem připraveném plánu a na úvahách o možných variantách průběhu jednání.

Expresivní agrese vychází z vnitřního napětí, někdy těžko definovatelného, často bývá u osob s mentálním postižením podkladem pro agresivní jednání.

Nepřátelská agrese je charakteristická přítomností silné negativní emoce, většinou hněvu, agrese není prostředkem, ale cílem sama o sobě. V této souvislosti se ještě využívá jiné označení těchto dvou druhů agrese, agrese vědomě kontrolovaná (aktér počítá s rizikem i následky) a agrese impulzivní (je spíše spontánním vzplanutím či výbuchem negativních emocí a následných motorických reakcí).²²

Z praktického hlediska stojí za odlišení přímá a nepřímá agrese, verbální a fyzická agrese. Člověk může někoho napadnout přímo fyzicky (např. políček, kopnutí aj.) nebo přímo verbálně (např. nadávky, zesměšňování aj.). Agrese bývá také nepřímá, a to tehdy, jestliže se člověk obává trestu za agresi přímou nebo jestliže přímá agrese je neuskutečnitelná z důvodu dané situace. Projevem nepřímé fyzické agrese je pak například ničení majetku náležícího objektu agrese. Nepřímou verbální agresi představují například pomluvy, urážky a žerty. Do této kategorie patří i tzv. symbolická agrese, která může být vyjádřena v kresbách, básních atd.

Při projevu agresivního jednání spojeného s cílem (přímo nebo nepřímo) něco zničit, poškodit nebo zranit je důležité se zaměřit na úmysl jednání jedince, bez ohledu na to zda bylo něco poškozeno nebo ne.

Mezi typické příklady masivního agresivního chování můžeme zařadit plivání na jiné osoby, boxování ostatních do obličeje, kopání, shazování, kousání, škrábání, tahání za vlasy, škrcení, tahání za šaty, osobní souboje, zabraňování někam jít nebo něco udělat, slovní urážky a osočování, pokřiky, zastrašování, vyhrožování násilím, vydírání, házení předmětů, ničení věcí a osobního majetku, psychický nátlak aj.

²² Šelner, I. : *Projevy agrese a autoagrese u lidí s mentálním postižením*. Odborná přednáška, Šternberk, 6.- 7.10. 2009.

5.1.1 Teorie a pojmy související s lidskou agresí

Podle Čermáka (1999) je těžké rozlišit jednotlivé projevy agrese, které se většinou vyskytují současně. To znamená, že například asertivní chování jedince lehce přejde do agrese a hněv se objevuje společně s hostilitou. Přitom asertivní jednání bývá kladně hodnoceno. Asertivní člověk je schopen trvat na svých názorech, přesvědčit ostatní, že má právo se rozhodnout, bude myslet a jednat. Na druhou stranu je asertivita jistou dispozicí k agresivnímu chování u člověka s vysokou mírou asertivity. Dalším pojmem pojícím se s agresí je násilí, které je z agrese vyčleňováno jako samostatná subkategorie. Odlišný znak násilí a agrese se demonstruje argumenty, že agrese představuje motivační zdroj násilí, kdežto násilí může být projevem agrese v chování.

Nelze opomenout hněv, silný emocionální stav, který často agresi doprovází. Čermák (1999, s. 69) uvádí: „*Člověk může být agresivní impulzivně bez vědomí stavu nahněvanosti. Nahněvaný člověk se také nemusí nutně chovat agresivně. S agresivitou jako náchylností k agresi je hněv spojen jen nepřímo, může, ale také nemusí být její součástí.*“ S agresí bývá spojován spíše afekt zlosti či vzteku, kdy afekt vzteku vzniká náhle, je těžko ovladatelný, jedinec nerespektuje společenské normy má tendence k násilí. Naproti tomu hněv nemá takovou intenzitu, jeho zdroje mohou být odlišné – rozhořčený jedinec může pociťovat spravedlivý hněv, ale nikoliv zlost nebo vztek.

Autor se také zmiňuje o hostilitě, vymezované jako negativní postoj k jedinci nebo více lidem. Pro hostilního jedince je typické, že jiné lidi hodnotí téměř vždy kriticky a negativně. Dává tak najevo negativní vztah k nim.

Svoboda (2006, s. 105) hovoří také o afektu, který charakterizuje jako: „*Silný, bouřlivě a krátce probíhající citový stav (zděšení, hněv, radost, nadšení atd.), který je provázen vegetativními reakcemi, mimickými a pantomimickými projevy.*“ Jeho vznik je prudký a náhlý, víceméně zřetelný, nasměrování je konkrétní. Autor rozlišuje několik pojmů vyplývajících z afektivity:

Patický afekt – krátkodobá porucha psychického stavu. Prudký průběh, na jehož vrcholu bývá porucha vědomí. Končí spánkem, vyčerpáním, po odeznění amnézie.

Afektivní raptus – spojen s úzkostí, tendence gradování, výboj vzteku či úzkosti psychomotorickými reakcemi.

Nezvládnutý afekt – charakterizován nezvládnutím situace, často vede k nerozumným, násilným činům. Je si vědom svého jednání, bývá zachována vzpomínka.

Afektivní stupor – vyskytuje se v emočně silně vypjatých situacích. Nastane strnutí, neschopnost pohybu a řeči.

Hypersensitivita – snadný vznik emocí.

Paroxysmální afekt – strach nebo úzkost přetrvávající dlouhou dobu.

Emoční oploštělost - snížení emocí, nezájem, malá aktivita, citová lhostejnost.

Emoční labilita – citová nestabilita, proměnlivost emocí.

Emoční inkontinence – projevy emocí na slabé či neutrální podněty, emoční labilita.

Emoční inkongruence (nepřiléhavost) – vzniklé emoce neodpovídají charakteru podnětů, které je vyvolaly.

Emoční tenacita – výdrž emocí, které jsou obtížně odklonitelné. Snížená pohyblivost, dlouhé přetrvávání citů.

Afektivní ambivalence – výskyt protikladných emocí ve stejném okamžiku.

Katatymie – emoce zkreslují myšlení, jednání, prožívání a hodnocení reality.

Idiosynkrazie – přecitlivělost spojená často s odporem vůči určitým vjemům, např. pachům, zvukům, taktilním vjemům aj.

Fobie (vtíravé strachy) – blízko k obsedantním myšlenkám a nutkavému jednání. Prožívání neodůvodněného strachu z určité věci, situace či osoby. Pochopení absurdnosti svého strachu, neschopnost jej však překonat.

5.2 Sociální kontext problémového chování

V první kapitole diplomové práce již bylo zmíněno, že mentální postižení není duševní (psychickou) nemocí, nýbrž komplexní vrozenou vývojovou poruchou rozumových schopností. U člověka s mentálním postižením se však mohou vyskytnout všechny typy psychických poruch, s nimiž se setkáváme i u lidí bez mentálního postižení. „*Klinické zkušenosti a výzkum ukazují, že riziko výskytu psychických poruch či onemocnění u lidí s mentálním postižením je dokonce 3-4krát vyšší než u populace bez mentálního postižení. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí nejen biologické faktory (genetická predispozice, poškození mozku, smyslové či fyzické postižení aj.), ale hlavně sociálně psychologické faktory prostředí, v němž dotyčný člověk žije*“ Durecová in Čadilová, Jůn, Thorová (2007, s. 55).

Dle autorů jsou životy lidí s mentálním postižením naplněny obtížnými stresujícími situacemi, které na ně mají stejně negativní dopad, jaký by měly na nás. Patří sem například:

- necitlivé odloučení od blízkých lidí
- ztráty sociálních vazeb

- porušování základních lidských práv
- odpírání soukromí
- stěhování
- závislost na sociálních službách
- neustálé změny životních zvyklostí a podmínek
- institucionalizace
- nedostatek kontroly nad svým životem
- nejasnost a neovlivnitelnost toho, co se děje kolem
- chronické zkušenosti se selháváním, odmítáním, infantilizací
- negativní zkušenosti z kontaktu se sociálním prostředím
- nedostatek přátel
- nízké sebevědomí
- traumatizující zkušenosti se zneužíváním, týráním, zanedbáváním.

Emerson (2008, s.13) termín problémové chování definuje jako: *„Kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup“*.

Postoj vnímání problémového chování jako sociální konstrukce vyplývá ze zkoumání souvislostí, v nichž se chování děje.

Zda chování označíme v určité souvislosti jako problémové, ovlivňují následující okolnosti:

- společenská pravidla vymezující vhodné chování v daném prostředí,
- schopnost člověka dát svému chování adekvátní vysvětlení,
- názory ostatních účastníků na hloubku mentálního postižení a příčiny problémového chování člověka,
- schopnost prostředí zvládat rozvrat způsobený chováním jedince.

Chování v sociálním prostředí je částečně ovlivněno pravidly a očekáváním toho, co vytváří vhodné jednání. V případě překračování společenských pravidel bývají lidem s mentálním postižením připisovány deviantní či abnormální sociální role. Například pohled na osoby s mentálním postižením jako na věčné děti bývá spojen s tendencí nepřisazovat jejich problémovému chování osobní zodpovědnost. Takže například veřejnost může dávat najevo větší toleranci k stereotypnímu kývání, když je pozoruje u

jedince s mentálním postižením Jednotlivé definice bývají často neúplné, protože sociální chování, které odpovídá vlastnostem definice je v literatuře vyloučeno.

Nejčastější příčiny ovlivňující agresivní jednání osob s mentálním postižením jsou dysfunkce určitého areálu mozku, sebeobrana jako reakce na frustraci nebo ve složitých situacích, spolupůsobení psychických poruch nebo psychické nemoci (agrese jako obranný mechanismus, agrese jako prostředek k upoutání pozornosti, sebeobrana).²³ S tím úzce souvisí spouštěče podmiňující agresivní jednání u osob s mentálním postižením. Mezi ně řadíme silně ohraničené sociální hranice, nadměrná péče nebo naopak odmítání, nejasná pravidla, odstup personálu, málo nebo hodně tělesného kontaktu, podmínky bydlení (malý prostor, nevyhovující spolubydlíci), změny počasí, úplněk, málo spánku, bolest, nuda, změna medikace, onemocnění, traumata, změna prostředí, sexuální přání, žárlivost, osamocení, strach ze změn, netrpělivost personálu, privátní problémy (rozchod rodičů, úmrtí, nesplnění slibu) aj.

5.2.1 Typy problémového chování

Výzkumy, které se zaměřují na převahu určitých forem problémového chování, poskytují výčet variant vzorců chování obsažených v širších skupinách. Emerson (2008) tvrdí, že jednotlivé skupiny problémového chování obsahují škálu specifických vzorců chování. Autor dále uvádí, že nejrozšířenějším projevem chování 153 lidí s mentálním postižením, kteří měli v anamnéze agresi, bylo: bušení do druhých rukama, verbální agrese, bušení do druhých předměty, zloba nebo krutost, škrábání, tahání za vlasy, štípání a kousání.

²³ Šelner, I. : *Projevy agrese a autoagrese u lidí s mentálním postižením*. Odborná přednáška, Šternberk, 6. – 7. 10. 2009

Nejběžnější vzorce sebezraňujícího chování u 596 lidí s mentálním postižením, který popsal výzkum celé populace provedený na jihovýchodě Anglie, byly: škrabání kůže, kousání se, bouchání hlavou, plácání se po hlavě, narážení hlavou do předmětů, narážení tělem do předmětů, trhání vlasů, bouchání nebo plácání do vlastního těla, dloubání se v očích, kousání rtů, odstraňování nehtů, vytloukání zubů.

Dle autora je třeba podotknout, že v obou výzkumech celkové procento přesahuje 100% vzhledem k tomu, že různé formy problémového chování se u jedné osoby mohou vyskytovat souběžně.

Výskyt agrese, ničení majetku, sebezraňujícího chování a dalších forem problémového chování souvisí se stupněm poškození intelektu. Je také pravděpodobnější, že u lidí se závažnějším poškozením intelektu budeme pozorovat mnohočetné formy problémového chování.

Významným faktorem je i další postižení zraku nebo sluchu, neschopnost řeči nebo specifické obtíže s porozuměním a vyjadřováním, slabší sociální dovednosti, období narušeného spánku a problémy v oblasti duševního zdraví. Především sebezraňování je podstatně rozšířenější mezi lidmi s těžkým postižením intelektu, kteří mají významné postižení mobility.

5.3 Aspekty psychických poruch u lidí s mentálním postižením

Psychické poruchy u lidí s mentálním postižením nejsou snadno rozpoznatelné. Proto často dochází k tomu, že nejsou odhaleny vůbec, anebo je porucha chybně diagnostikována. Durecová in

Čadilová, Jůn, Thorová (2007, s. 56) uvádí: „Některé studie poukazují na to, že v diagnostice psychických poruch u lidí s mentálním postižením dochází ve 20-30% případů k diagnostickým omylům. Přesná diagnostika je totiž komplikována tím, že se psychiatr při vyšetření opírá z velké části o schopnost introspekce a subjektivní výpovědi pacientů, tedy vyžaduje, aby pacient popsal svůj vnitřní stav. Lidé s mentálním postižením však mají omezené dovednosti kognitivní, verbální a komunikační. Mají problém charakterizovat své prožívání a rozlišit jemné nuance v motivaci, náladě, obtížně formulují abstraktní a globální pojmy, jako např. depresivní nálada či vtravé myšlenky a představy“.

Správné určení psychické poruchy bývá obtížné. Často je velmi náročné rozlišit, zda pozorovatelné symptomy odráží stupeň vývojového opoždění, působení nepodnětného prostředí anebo ukazuje na přítomnost psychické poruchy.

K chybám v diagnostice může docházet také proto, že u lidí s mentálním postižením mohou být symptomy psychických poruch vyjádřeny jinak než u lidí bez mentálního postižení. Tento fakt platí především pro lidi s těžší formou mentálního postižení.

Při hledání diagnózy psychické poruchy u osob s mentálním postižením je důležité zaměřit se také na atypické symptomy jako jsou například projevy agrese vůči druhým lidem, ničení věcí, odmítání požadavků, autoagresivní chování aj. Při hledání vysvětlení příčin agresivního či jinak problematického chování, je proto nezbytné vždy prozkoumat, zda se za ním neskrývají:

- tělesné zdravotní problémy
- vedlejší účinky psychofarmakologie
- nevhodné prostředí, ve kterém dochází k deprivaci základních životních potřeb člověka
- nemožnost jedince prezentovat své potřeby společensky přijatelným způsobem
- symptom konkrétní psychické poruchy.

Z výše uvedeného vyplývá, že v některých případech není psychická porucha přímo příčinou agresivního chování, ale nepřímo vytváří podnět ovlivňující jeho vyjádření (např. depresivní porucha navodí stav únavy a nechuti k aktivitám). V případě, že jedinec nemůže nebo neumí interpretovat své depresivní prožitky a nutíme ho k aktivitě, můžeme tím u něj evokovat agresivní chování, kterým ukončí nepříjemně prožívanou situaci. V tomto případě psychická porucha nebyla příčinou agresivního jednání, vytvořila podmínky vedoucí ke změně prožívání jinak neutrální či příjemné události. Podobný vliv mohou mít i jiné emoční stavy jako např. úzkost, strach nebo bolest.

Odborníci jako nejčastější typy poruch podmiňující problematické chování uvádějí poruchy afektivní, schizofrenní, neurotické, poruchy osobnosti, demence, poruchy vyvolané stresem a užíváním návykových látek (Durecová in Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

6 Restriktivní (omezující) opatření a obecné zásady pro používání oprávněných omezujících opatření

Význam slova restrikce pochází s latinského re-stringo, re-strictum = omezují. Další význam slova je zabránění, snížení, omezení, okleštění, úsporný, výhrada aj.

Lze říci, že od poskytovatelů sociálních služeb je třeba vyžadovat používání omezujících opatření v oprávněných případech, a to pouze způsobem při dostatečném důrazu na prevenci.

Ochránce práv rozumí opatřeními omezujícími pohyb taková opatření, která zamezí konkrétnímu uživateli sociální služby svobodně a bez omezení se pohybovat v prostoru a omezí jeho svobodný projev vůle. Používání takových opatření, byť oprávněné, s sebou nese riziko jejich zneužití či zásahů do lidské důstojnosti. Korektní reakce na nevhodné, obtěžující, nebo agresivní chování uživatele, naráží na zájem na ochranu ohrožených hodnot (majetek, zdraví, život), nedostatek pomáhajícího personálu, jeho únavu, a v neposlední řadě také nevzdělanost a předsudky. Proto musí být používání omezujících opatření podrobena přísným pravidlům.

Poskytovatel sociálních služeb má povinnost upravit vnitřními předpisy podmínky použití opatření, která mohou působit omezení pohybu osob, pokud v případě dané konkrétní služby přicházejí do úvahy. Vnitřní úprava by měla definovat možné rizikové situace, pravidla oprávněného užití omezení včetně záruk minimalizace rizika zneužití, rozdělit kompetence personálu, najít prostor pro prevenci a definovat její konkrétní projevy. Vytvoření efektivního vnitřního předpisu předpokládá důkladnou analýzu, která mj. umožní nalézt hranice, za které již zařízení nemůže zajít. Základními prvky prevence, ke kterým by výchozí analýza měla vést, jsou dostatek a kvalifikace personálu, případně posíleného dobrovolníky, dostatek aktivit pro uživatele a aktivní vytipování rizikových situací dříve, než mohou vyústit v agresi.

Opatření, která mohou způsobit omezení pohybu osob, působí na každého člověka jinak vzhledem k jeho schopnostem a možnostem. Oprávněnost každého použití je tedy třeba posuzovat individuálně a správně postupující poskytovatel se otázky omezujících prostředků nevyhne při individuálním plánování. Použití omezujícího prostředku, je nutné naplánovat a vyhodnocovat u každého uživatele individuálně. Důvodem je riziko zneužití, kterému musí být tímto způsobem stále předcházeno. Pokud zkušenost poskytovatele a zdravotní stav uživatele k tomu dávají důvod, je nutné šetrným způsobem jednat o podmínkách oprávněného omezování již při jednání o přijetí do zařízení. Plán musí být

písemný, pravidelně aktualizovaný a dostatečně konkrétní. Předcházet mu musí analýza potřeb uživatele a posouzení rizika plynoucího z použití a nepoužití konkrétního uvažovaného opatření. V individuálním plánu se musí odrazit užitá opatření plánovaná i mimořádná. Dobrým plánem může zařízení dokázat, že použití opatření, která v sobě mají potenciál omezení, jsou založena na zjištěných potřebách jednotlivců, nikoli na tom, jak zapadají do existujících vzorců poskytování služby. Pokud je to možné, musí být do plánování zapojen sám uživatel služby, při individuálním plánování služby. Při spolupráci s rodinou musí platit zásada, že je to sociální zařízení, kdo nese právní i morální odpovědnost, a partnerem pro jednání je pro něj v první řadě sám uživatel a až poté jeho blízcí.

Přirozeným důsledkem shledání reálnosti rizikového chování uživatelů musí být vytvoření postupů alternativních omezujících opatření. Předpokládá to § 89 zákona o sociálních službách, který výslovně uvádí slovní zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. V úvahu připadá také úprava prostředí, prevence skutečností, které mohou spouštět agresi, promyšlené rozmístění uživatelů do pokojů, dostatečně podnětné zaměstnání uživatelů. V případě, že dojde k použití omezujícího opatření, musí je provázet náležitá dokumentace. Jedná se o nástroj prevence i kontroly. Způsob dokumentace musí být vnitřními předpisy upraven.

Je nutno zdůraznit dva aspekty, vyhodnocování použitých omezujících opatření a kontrola. Použitím daného prostředku péče nekončí. S četností, která plyne z jeho povahy, musí být omezování hodnoceno z hlediska účelnosti a rizik. Předpokladem zpětné vazby je dobře vedená dokumentace. I jednorázové použití omezujícího prostředku musí být řádně vyhodnoceno.

Výsledky kontrol a hodnocení poslouží jako podklad pro novou práci na plánu používání opatření, která mohou způsobit omezení pohybu, a celkově dochází k naplňování zákonného požadavku prevence.²⁴ Nástrojů prevence rizik v oblasti techniky a metod poskytování péče přibývá (pohybová čidla, částečně nebo plně elektronicky ovládané postranice aj.). Povinností poskytovatele služeb je tyto trendy sledovat a také investovat do zvyšování standardu poskytované péče v oblasti omezujících opatření, resp. dávat ochraně práv osob přednost před jiným komfortem.

²⁴ Dostupné na: <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php>.

Autorky Čermáková, Johnová (2002) uvádějí zásadní principy pro vypracování pravidel pro využívání restriktivních-omezujících postupů:

- restriktivní postupy nelze považovat za tresty udílené personálem za nevhodné chování
- restriktivní opatření lze využívat výhradně v případě nebezpečí, pokud je to nutné k zabránění tomu, aby dotyčný člověk způsobil zranění sobě nebo jiným a kdy není k dispozici žádný jiný méně omezující způsob ochrany
- nadměrné užití restriktivních opatření je považováno za zneužití
- vyžaduje se dokumentace
- všichni pracovníci s oprávněním použít restriktivní postup musí být vyškoleni pro použití tohoto postupu
- musí být vypracován plán pro snižování použití restriktivních opatření s časovým rozvrhem kontrol
- za zcela nepřijatelné se považují tělesné tresty za určité chování, psychologické týrání, omezení kontaktu s rodinou a s blízkými, odepření základních potřeb, nedostatek stravy, neposkytnutí jídla anebo pití, slovní urážky, zadržování peněžitých prostředků.

6.1 Opatření omezující pohyb osob a § 89

Omezování svobody pohybu osob se Zákon o sociálních službách č. 108/2006, věnuje v ustanovení §89 (dále jen zákon), kde stanoví obecný zákaz používání opatření omezujících pohyb při poskytování sociálních služeb a dále podmínky dovoleného použití v případech přímého ohrožení života nebo zdraví osob.

Podle zákona při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, případně lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen o poskytování sociálních služeb tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu:

- jméno, příjmení a datum narození osoby
- datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob a druh tohoto opatření
- důvod použití opatření omezujícího pohyb osob
- jméno a příjmení osoby, která opatření omezující pohyb osob použila
- podání léčivého přípravku jako opatření omezujícího pohyb osob
- datum a čas ukončení omezení
- popis bezprostředně předcházející situace přes použitím opatření, popis průběhu situace její zhodnocení a následující situace
- popis případných poranění osob, ke kterým došlo při omezení.

Poskytovatel je povinen umožnit k nahlédnutí do evidence osobě, u níž bylo použito opatření omezující pohyb osob, fyzické osobě, kterou osoba s jejím předchozím souhlasem určí, zákonnému zástupci.

Poskytovatel sociálních služeb, který v průběhu kalendářního pololetí použil opatření omezující pohyb osob, je povinen písemně sdělit registrujícímu orgánu ve lhůtě do 15 dnů po skončení kalendářního pololetí počet osob, u kterých byla tato opatření použita, a četnost jejich použití podle druhů těchto opatření.

Jak je řečeno v zákoně, poskytovatel je povinen dle dané situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění, zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení atd., obecně lze tyto postupy označit jako deescalace, kterou se rozumí proces, kdy je osoba přesměrována do klidnějšího osobního prostoru. Hlavními cíly deescalace je posouzení emočního stavu uživatele, určení spouštěcích faktorů, snížení úzkosti či hněvu, udržování verbální komunikace a v neposlední řadě řešení daného problému. Stevenson in Beer, Pereira, Paton (2005, s. 39) definuje deescalaci jako: „*Komplexní, interaktivní*

proces, v němž je jedinec uveden do klidnějšího stavu“. Autoři uvádí základní techniky zklidnění – vyhodnocení neodkladné situace, komunikační dovednosti k urychlení spolupráce a techniky směřující k vyřešení problému. Model vyžaduje vzájemné propojení jednotlivých technik.

V případě neúspěchu zklidnění situace přistoupíme k použití úchopů, v praxi označovaných také jako šetrná sebeobrana nebo fyzický zásah. Každé zařízení by mělo mít zpracována pravidla používání fyzických zásahů. U uživatelů s projevy agresivního jednání, zařízení zpracovává individuální plán prevence a krizový jednání v krizových situacích. Pravidla fyzického zásahu jsou:

- fyzické zásahy se používají v aktuální situaci ohrožení zdraví nebo života uživatele či jiné osoby.
- cílem je uklidnit uživatele, vytvořit pocit, že to, co konáme je ve snaze mu pomoci
- správnost provedení zásahu se zvyšuje důkladným vyškolením, nacvičením reakcí a supervizí
- za následky svého jednání nese zodpovědnost osoba, která zásah provádí
- pokud je u zásahu více osob, vybereme vyjednaváče, tedy toho komu uživatel důvěřuje
- kvalitní zajištění zásahu vyžaduje potřebný počet pracovníků (zpravidla 2 – 5)
- vždy bereme v úvahu fyzický a zdravotní stav uživatele
- v průběhu zásahu se nesnažíme zamezit pohybu uživatel, ale pohybujeme se s ním
- máme stále na mysli zda chráníme citlivá místa na těle, vůči zranění
- nezakrýváme uživateli oči a uši, hrozí, že propadne panice
- je vhodné, aby byla u zásahu osoby stejného pohlaví, pro zachování bezpečí a důstojnosti uživatele
- doba fyzického zásahu by neměla překročit 7 - 8 minut
- vyhodnocujeme situaci a snažíme se odstranit příčinu agrese
- problémovému jednání předcházíme především prevencí
- každý zásah je po ukončení zdokumentován, proběhne analýza situace, jsou přijata preventivní či jiná opatření (Balická a kol. 2005).

Trvá-li situace ohrožení, připouští se umístění uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, kde je zajištěn řádný dohled personálu. Místnost zřízená k bezpečnému pobytu (dále jen místnost) musí svojí dispozicí a vybavením zajistit důstojnost zde umístěné osoby. Pro použití tohoto opatření musí mít poskytovatel písemně stanovena jasná pravidla a postupy a definován okruh osob, které postupují při užití omezující pohyb dle daných pravidel. Uživatel je v místnosti pouze po dobu nezbytně nutnou a nezůstává v místnosti bez šatů, současně má možnost přivolat pomoc. Uživatel

v místnosti je řádně monitorován v dokumentace písemně stanoveným pracovníkem, který nejméně každých 15 minut provádí zápis, co uživatel během pobytu v místnosti dělá. Místnost by v době, kdy není užívána neměla být uzamčena, aby ji uživatelé mohli kdykoliv podle potřeby sami využít. Tento postup je významný i jako preventivní opatření. Místnost by měla odpovídat vybavením i zajištěním potřebám cílové skupiny uživatelů zařízení, pro které je zajištěna. Prostředí místnosti zajišťuje uživateli tepelný a světelný komfort, nesmí zapříčinit zranění uživatele.²⁵

6.2 Asociace průvodců v problematice rizikového chování

Asociace průvodců v problematice rizikového chování (dále jen asociace) je občanské sdružení se sídlem v Olomouci na ulici Vídeňská 22, předsedkyní je Mgr. Eva Pogodová.

Asociace je nezávislé sdružení fyzických osob. Průvodců v problematice rizikového chování, jejímž základním cílem je prosazování dodržování lidských práv zvláště v oblasti služeb se základním zaměřením na sociální služby. Svoji činnost vyvíjí především tím, že:

- zastupuje a hájí zájmy svých členů u zainteresovaných institucí, zejména předkládáním odborných stanovisek, kvalifikovanou oponenturou a iniciací a podporou žádoucí právní regulace sociálních služeb,
- zprostředkovává rozšiřování vědeckých a výzkumných poznatků svým členům
- reprezentuje společné zákony a potřeby svých členů u veřejnosti v České republice i v zahraničí,
- vyvíjí studijní, dokumentační, informační a expertní činnost, sdružuje průvodce
- podporuje rozvoj profesních kvalit průvodců a rozvíjí další aktivity, vedoucí k dodržování a kontrole lidských práv,

²⁵ Dostupné na : <http://mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny postup.pdf>.

- šíří vzdělávání v oblasti lidských práv všude tam, kde hrozí, že by mohlo docházet k jejich porušování v souvislosti s rizikovým chováním.

Členové asociace byli vyškoleni experty ze Severního Irsku a Holandska a získali osvědčení o absolvování vzdělávacího kurzu Ministerstva práce a sociálních věcí. Byli vyškoleni v problematice užívání a zvládání souboru úchopů a hmatů šetrné obrany a sebeobrany ve vztahu ke uživateli v afektu a s důrazem na dodržování lidských práv. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 sb. ukládá v § 89 povinnosti pracovníkům v zařízení ovládat šetrné úchopy. Asociace nabízí vzdělávání pracovníků v této oblasti tak, aby mohl být zákon naplněn.

Mimo nácviku úchopů jsou průvodci připraveni vzdělávat pracovníky v zařízeních sociální péče v psychologii osobnosti uživatele služby, v metodách přístupu k uživateli, v otázkách deeskalace násilí apod.

Dalším z cílů práce asociace je systematicky se podílet na zvyšování kvality sociálních služeb i právního prostředí, ve kterém jsou služby poskytovány a podílet se na projektech, které směřují ke zvyšování kvality služeb. Školení zaměstnanců v komunikaci s uživatelem s rizikem v chování a kurz sebeobrany by měly proběhnout postupně ve všech rezidenčních zařízeních sociální péče v České republice.

Na rozdíl od vyspělých států nebyla Česká republika dlouho připravena na řešení problematiky dodržování lidských práv v pobytových sociálních službách. Hlavním signálem k tomu, aby bylo zahájeno systémové řešení této neúnosné situace, byla ostrá kritika ze strany některých nevládních mezinárodních sdružení. Bylo nezbytné, aby impuls a práce na systémovém řešení vzešel z věcně příslušného resortu, tedy Ministerstva práce a sociálních věcí. První práce byly zahájeny roku 2003.

Širokou oblastí zájmu musí být dodržování lidských práv, právo na důstojný život, soukromí, individualitu, která zdůrazňuje, že použití jakýchkoli omezujících prostředků považuje za krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, když jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány. Vždy je důležité definovat, proč jsme se pro omezení uživatele rozhodli. V žádném případě důvodem nemůže být pouhé usnadnění či neklid uživatele. Je třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léků, stresu, jiném onemocnění apod. Použití omezujících prostředků je možné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování uživatele, které je jemu nebo jeho okolí nebezpečné. Použití omezujících prostředků je odůvodnitelné pouze v případech, kdy je riziko plynoucí z chování uživatele příliš vysoké a bez použití omezujících prostředků by mohlo dojít k dalšímu zhoršení stavu. Vždy je třeba dbát na to, aby přínos tohoto opatření byl vyšší než jeho možné riziko. Na rozhodování o použití

omezujících prostředků by se měl podílet tým odborníků vždy, když je to možné. Nesmí se stát, že uživatel, u něhož byly použity omezující prostředky, bude ponechán bez dozoru.²⁶

6.3 Využití restriktivního opatření ve Vincentinu

Dodržování zákonných pravidel při používání opatření omezující pohyb je, jak již bylo uvedeno, závazné pro všechny poskytovatele sociálních služeb a Vincentinum není výjimkou.

Vzhledem k tomu, že výzkumná část diplomové práce se zabývá hodnocením efektivity využití restriktivních opatření ve Vincentinu a dalších domovech pro osoby se zdravotním postižením je důležité si nejprve shrnout platná pravidla a metody zásahu včetně následné dokumentace v tomto zařízení.

V případě využití opatření omezující pohyb osob, jimž zařízení poskytuje službu, se zaměstnanci, praktikanti, dobrovolníci i učitelé řídí vnitřní směrnicí č. 13/2009 vycházející ze Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ustanovením Opatření omezující pohyb §89. Porušení pravidel používání opatření omezujících pohyb osob pracovníkem je považováno za porušení pracovní kázně a následně sankcionováno. Pracovník je povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního nebo jiného zklidnění, např. rozptýlení, aktivní naslouchání aj. Uživatel musí vždy být přiměřeným způsobem informován, že může být vůči němu použito opatření omezující pohyb. Pracovník je povinen zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů. Poté umístěním uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. V případě neúčinnosti těchto prostředků lze na základě ordinace lékaře za jeho přímé přítomnosti podat léčivé přípravky. V případě přímého ohrožení zdraví a života, jestliže nelze použít opatření omezující pohyb (např. pro nedostatek personálu) a pokusy o slovní či jiné zklidnění uživatele jsou neúčinné, přivolá pracovník Městskou policii nebo Policii České republiky. Rozhodnutí o konkrétních opatřeních omezujících pohyb, která mohou být použita, je v kompetenci pracovního týmu.

²⁶ Dostupné na : www.restrikce.cz

Tento tým vypracuje podrobný tzv. krizový plán (viz. příloha č. 3), který bude obsahovat všechny zvažované strategie prevence rizikového chování, postupy snižování napětí a přesnou definici opatření, která mohou být použita k omezení pohybu uživatele. Vypracované plány jsou konzultovány s vedoucí výchovně – vzdělávací práce ve spolupráci s průvodcem v problematice rizikového chování (dále jen průvodce). Ve sporných případech jsou plány konzultovány s ošetřujícím lékařem, psychologem anebo psychiatrem. Schválená opatření jsou závazná pro všechny pracovníky, kteří přicházejí s uživatelem do styku.

Každé použití opatření omezující pohyb uživatele je pracovník povinen evidovat písemnou formou na evidenčním formuláři (viz příloha č. 4) a zaznamenat jeho průběh a okolnosti v tzv. sledovacím formuláři, který vytváří pracovní tým. Do sledovacího formuláře jsou zaznamenány i případy problémového chování uživatele, při nichž nebyla opatření omezující pohyb použita. Určený pracovník předá evidenci opatření omezující pohyb neprodleně elektronickou formou sociální pracovníci, řediteli zařízení a průvodci. Sociální pracovnice následně dohodnutou formou zajistí informovanost zákonného zástupce, potažmo osoby, jíž byl nezletilý uživatel svěřen do péče, případně další osoby, kterou uživatel s jejím předchozím souhlasem určil.

Na konci kalendářního pololetí předá průvodce řediteli zařízení souhrnný přehled obsahující počet uživatelů, vůči nimž byla opatření omezující pohyb použita, a četnost těchto opatření podle typu. Ředitel odešle přehled zřizovateli nejpozději do 15 dnů po skončení kalendářního pololetí. Pracovníci jsou povinni absolvovat pod vedením průvodce výcvik v postupech prevence, deeskalce (snižování napětí uživatele) a použití pravidel šetrné sebeobrany (viz. obrazová příloha č.6), a to vše pod vedením Bc. Jana Straky, který je zaměstnancem našeho zařízení a současně místopředsedou Asociace průvodců v problematice rizikového chování.

6.3.1 Zásady efektivní komunikace jako prostředek předcházení problémového chování uživatele

Komunikace je prostředek dorozumívání mezi lidmi. Každý člověk komunikuje téměř neustále, proto je důležité si všímat všech projevů verbální i neverbální komunikace. Jednou z hlavních zásad efektivní komunikace s uživatelem se specifickými potřebami je umění naslouchat, zahrnující aktivní naslouchání.

Základní pravidla kvalitní komunikace je, že hovořícího soustředěně vyslechneme, omezíme rušivé vlivy, posuzujeme obsah zprávy, ne osobu, která ji vysílá, využíváme mlčení, nereagujeme unáhleně, odpověď si promyslíme, dáváme uživateli najevo, že jej vnímáme, máme o něj zájem, příkvyujeme, opakujeme vyřčené, dodržujeme oční kontakt, mluvíme pomalu a srozumitelně. Vyhýbáme se kritizování, raději klademe otázky, sledujeme neverbální projevy uživatele, dáváme prostor pro otázky, neskáčeme do řeči, instrukce rozčleníme a ověříme jejich pochopení.

Mezi nejčastější chyby v průběhu komunikace s uživatelem řadíme nepozornost, nezáměr o uživatele, nedostatek empatie, netrpělivost, lhaní a přehánění, ironie, pohrdání, zaujatý příjemce, domýšlení si významu sděleného, neschopnost sledovat neverbální signály.

V kontaktu s uživatelem bychom se měli snažit zabránit, aby nesouhlas přerostl v hádku. Měli bychom mít pod kontrolou emoce, vítat nesouhlas uživatele, nepodléhat prvnímu instinktivnímu dojmu, být čestní a nechat si dostatek času na promyšlení k akci.

6.4 Zakázaná restriktivní opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jasně vymezuje povolené prostředky restriktivních opatření, kterými jsou jak již bylo uvedeno, fyzické úchopy, místnost bezpečného pobytu a podání léčivých přípravků za přítomnosti lékaře.

V nedávné době se běžně užívala restriktivní opatření jako jsou klecová a síťová lůžka (v praxi bývají rozlišována klecová lůžka, tedy lůžka opatřená kovovou klecí a lůžka síťová, kdy základní konstrukce je pokryta pevnou sítí provazů), ochranný kabátek, kurty a řemeny, dnes posuzovány jako porušení zákona. Síťová lůžka byla často umístována do zvláštních pokojů z důvodu možného negativního působení na psychiku ostatních uživatelů. Ochranný kabátek byl využívám sporadicky, zejména při projevech sebepoškození, kdy není nezbytně nutné omezit veškerý volný pohyb uživatele (Petr in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Používání těchto restrikcí poukázala na skutečnost, že v tehdy označovaných ústavech sociální péče v České republice jsou lidé dlouhodobě umístováni do postele s kovovou mříží či sítí. V některých případech se vyskytovalo uzamykání jedinců do místností tzv. izolací, na různě dlouhou dobu. Ve většině případů bylo toto omezení pohybu jedince

použito při neodkladných situacích jako je například potenciální nebezpečí, agresivní incident, zhodnocení rizika přítomných osob a podobně (Beer, Pereira, Paton , 2005).

Ministerstvo práce s sociálních věcí získalo informace prostřednictvím šetření sociálních odborů jednotlivých krajů České republiky. Výskyt klecových lůžek se sítě či mříží v zařízeních sociální péče stav byl k dubnu 2004 následující: klecová lůžka s mříží 105, klecová lůžka se sítě 243, klecová lůžka uvedená bez specifikace 306, celkem tedy 654.²⁷

Aféru s klecovými lůžky rozdmýchala v roce 2004 britská spisovatelka Joanne K. Rowlingová, která v britském tisku používání klecových a síťových lůžek u nás kritizovala.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení či trestání (dále jen CPT), který v rámci zemí Rady Evropy navštěvuje zařízení, kde jsou lidé zbaveni osobní svobody, se zabývá i používáním omezujících prostředků v psychiatrických zařízeních či zařízeních sociální péče. Již při své návštěvě České republiky v roce 2002 CPT používání klecových lůžek u nás kritizoval a ve své zprávě z této návštěvy vládu vyzval, aby byla okamžitě z užívání vyřazena lůžka opatřená klecí a aby bylo co nejdříve ukončeno používání lůžek opatřených sítě ke zvládnutí rozrušených klientů.

Zákaz používání klecových lůžek v České republice přinesla novelizace zákona o sociálních službách ze dne 1.1. 2007.²⁸

²⁷ Dostupné na : <http://www.mpsv.cz/cs/1089>.

²⁸ Dostupné na : <http://www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=22>.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Ve své diplomové práci jsem si stanovila dva hlavní cíle.

Prvním a hlavním cílem je analýza míry efektivity využití restriktivních opatření při práci s uživateli s rizikem v chování ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Druhý cíl zkoumá tutéž problematiku na jednotlivých domovech ve Vincentinu, kde pracuji jako vychovatelka, a věřím, že výsledky budou přínosem pro zmapování práce s uživateli s problémových chováním pro ostatní zaměstnance.

Prostřednictvím analýzy odpovědí na následující otázky je mým zájmem naplnit cíle diplomové práce:

1. Vyskytují se na jednotlivých zařízeních uživatelé s projevy rizikového chování?
2. Jak dalece jsou pracovníci v přímé péči seznámeni s problematikou metod a technik zvládání problémového chování?
3. Které v dotazníku z uvedených technik zvládání problémového chování považují zaměstnanci zařízení za nejúčinnější, a které využívají nejčastěji?

7.1 Charakteristika výzkumného souboru

Měření výzkumu probíhalo ve čtyřech domovech pro osoby se zdravotním postižením v Olomouckém kraji, a to v zařízeních Domov Na Zámku, příspěvková organizace, Nezamyslice; Nové Zámky – poskytovatel sociálních služeb; Domov Na zámečku Rokytnice, příspěvková organizace; Vincentinum – poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace.

Výzkum je realizován prostřednictvím anonymního dotazníku (viz. přílohy č. 1 a 2), který je určen pro pracovníky v přímé péči s uživateli (pedagogičtí pracovníci, zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách).

Vincentinum – poskytovatel sociálních služeb, příspěvková organizace Šternberk

- Zelený domov (dále jen ZD) – 35 uživatelů, ženy, od 23 do 55 let, mobilní, lehký až střední stupeň mentálního postižení, uživatelky vyžadují mírnou podporu při základních životních situacích a péči v určitých sociálních oblastech.

- Hnědý domov (dále jen HD) – 28 uživatelů, muži, od 19 do 35 let, mobilní, lehký až těžký stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují dle svých individuálních schopností mírnou či vysokou podporu při základních životních situacích a péči v určitých sociálních oblastech.

- Modrý domov (dále jen MD) – 26 uživatelů, ženy, od 20 do 55 let, mobilní a imobilní, částečně mobilní, střední až těžký stupeň mentálního postižení, vyžadují vysokou podporu při základních životních situacích a péči v určitých sociálních oblastech.

- Bílý domov (dále jen BD) - 26 uživatelů, muži a ženy, od 13 do 38 let, imobilní, těžký až hluboký stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují vysokou míru péče a podpory v základních životních situacích a sociálních oblastech.

- Žlutý domov (dále jen ŽD) – 28 uživatelů, muži, od 19 do 53 let, mobilní, lehký až střední stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují mírnou podporu a péči v základních životních situacích a sociálních oblastech.

- Fialový domov (dále jen FD) – 27 uživatelů, muži, od 30 do 65 let, mobilní, imobilní, střední až těžký stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují vysokou podporu a péči v základních životních situacích a sociálních oblastech.

- Oranžový domov (dále je OD) – 20 uživatelů, od 66 do 86 let, mobilní, imobilní, střední až těžký stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují vysokou podporu a péči v základních životních situacích a sociálních oblastech.

- Červený domov (dále je ČD) - 25 uživatelů, muži a ženy, od 11 do 45 let, imobilní, částečně mobilní, těžký až hluboký stupeň mentálního postižení, uživatelé vyžadují vysokou míru péče a podpory v základních životních situacích a sociálních oblastech.

Domov Na Zámku, příspěvková organizace Nezamyslice

Posláním Domova Na Zámku je maximálním způsobem dětem a dospělým osobám s mentálním postižením v kombinaci s jiným postižením, kteří vyžadují různý stupeň míry podpory, zabezpečit prostřednictvím svých služeb žít maximální měrou běžným životem, kterým se co nejvíce přibližuje k životnímu standardu běžné populace žijící mimo domov s důrazem na individuální potřeby.

Cílovou skupinou jsou muži a ženy ve věku od 3 let s mentálním, smyslovým a tělesným postižením. Celková kapacita zařízení je 134 míst. Uživatelé jsou rozděleni podle věku a postižení do jednotlivých domovů, kterých je celkem 7. V každodenních činnostech je podporují pracovníci v sociálních službách, vychovatelé, sociální pracovníci, speciální pedagog a zdravotní pracovníci.²⁹

Nové Zámky, poskytovatel sociálních služeb

Poslání služby je definováno jako poskytování sociálních služeb je určeno ženám a mužům ve věku od 18 let s mentálním postižením včetně přidružených smyslových a tělesných vad, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Celková kapacita zařízení je 168 uživatelů. Nové Zámky jsou ústředím celého zařízení, poskytují službu 98 uživatelům se středně těžkým až hlubokým mentálním postižením včetně přidružených smyslových nebo tělesných vad. Zařízení včetně poboček poskytuje celoroční ubytování.

Pobočka v Litovli je zařízení pro dospělé muže s vysokou a vyšší mírou samostatnosti v běžných činnostech. Zařízení má charakter penzionu s kapacitou 40 míst.

Pobočka v Bílku je koedukovaným zařízením rodinného charakteru pro uživatele s vysokou a vyšší mírou samostatnosti v běžných činnostech. Kapacita 30 míst.³⁰

Domov Na zámečku Rokytnice, příspěvková organizace

Základním posláním Domova na zámečku je skutečnost, že uživatel má právo na poskytování sociální služby, která se snaží postupně přibližovat způsob života v zařízení k životu mimo něj. Uživatelé mají právo na pozvolné usilování jeho závislost na službě, který je mu poskytována na úrovni jeho postižení. Cílovou skupinou jsou dospělí muži a ženy se středním nebo těžkým mentálním a kombinovaným postižením od 19 let věku, kteří jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Dlouhodobým cílem je vybudování 3-4 domků v areálu zahrady, které budou sloužit k postupnému osamostatňování uživatelů a zejména pak k rozšíření možností pro párové soužití.³¹

²⁹ Dostupné na : <http://www.uspnezamyslice.org/index.php?nid=2018&lid=CZ&oid=212732>.

³⁰ Dostupné na: <http://www.novezamky.cz/index.php?nid=3504&lid=CZ&oid=423524>.

³¹ Dostupné na : <http://www.domovrokytnice.cz/verejny-zavazek>.

7.2 Použité metody ve výzkumu

Použitou diagnostickou metodou v diplomové práci je dotazník, který je dle Chrásky (2007) velmi frekventovanou metodou získávání dat v pedagogickém výzkumu. Autor dotazník popisuje jako soustavu předem připravených a promyšlených otázek, které jsou logicky seřazeny a na které respondent odpovídá písemně.

Müller (2007) charakterizuje dotazník v podstatě jako interview v písemné podobě, které šetří čas a ve většině případů je snadno vyhodnotitelné.

Oba autoři se shodují, že ne vždy je formulace otázek respondentovi srozumitelná. Obecně vzato má dotazník nižší věrohodnost, bývá mu často oprávněně vytýkáno, že nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí, nebo chtějí, aby byli viděni.

Podle toho, jakým způsobem odpovídat, rozdělujeme otázky na otevřené a uzavřené. Kdy u otevřených otázek respondent vytváří odpovědi sám a u uzavřených manipuluje s odpověďmi již navrženými.

Dotazníku jsem vyžila otázky uzavřené, které jsou děleny na dichotomické v případě, kdy na otázku lze odpovědět dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi např. ano a ne. Polynomické jsou ty, u nichž se předkládá více než dvě odpovědi.

Další kategorií jsou výběrové otázky, které umožňují respondentům několik odpovědí, z nichž jednu mají vybrat. V tomto případě je důležité, aby odpovědi byly vyčerpávající, ale ne příliš početné. Je vhodné v nabídce uvést možnost "jiná odpověď", abychom se vyhnuli nebezpečí neuvedení možné odpovědi.

Požadavky na správné vyhotovení dotazníku dle Chrásky (2007):

- položky dotazníku musí být srozumitelné, jednoznačné, nesmí být sugestivní
- dotazník by neměl být příliš rozsáhlý
- ochota klienta spolupracovat závisí od míry jeho motivace
- dotazník musí obsahovat jasné, krátké a srozumitelné pokyny k vyplnění
- nejdůležitější položky umístíme doprostřed dotazníku, začínáme jednoduchými otázkami postupujeme ke složitějším.

Aby z mého výzkumu bylo možno vyčíst potřebné informace, je nutné je nejdříve zpracovat. Při vyhodnocování naměřených dat jsem využila tabulky četností (pozn. kde je absolutní četnost vyjádřena zkratkou AČ) a grafické metody zobrazování. Konkrétně výsečový diagram k názornému zobrazení struktury složení výsečového souboru a

histogram četností v jehož případě se v podstatě jedná o sloupcový diagram, u kterého na vodorovnou osu zobrazujeme naměřené hodnoty a na svislou osu četnosti hodnot.

U tabulek četností jsem využila čárkovací metodu, jejíž výsledky jsem poté převedla do čísel a zařadila do tabulek. Tabulky jsou doplněny relativní četností vyjádřené v procentech, poskytují informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou kategorii. Dále jsem použila měření kumulativní četnosti, jako četnost v určitém řádku tabulky a četnosti ve všech předchozích řádcích dohromady Chráska (2007).

8 Analýza výsledků a jejich interpretace

Problematika restriktivních opatření ve zkoumaných zařízeních je v následujícím textu analyzována do grafů a tabulek četností. Výsledky vychází z odpovědí zaměstnanců jednotlivých zařízení v dotaznících.

Celkem bylo vydáno 170 dotazníků, z toho:

Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb, příspěvková organizace Šternberk - 80 dotazníků na 8 domovů po 10-ti dotaznících. Vyplněných vráceno 63, z toho: Zelený domov 10, Modrý domov 10, Bílý domov 10, Hnědý domov 4, Oranžový domov 4, Žlutý domov 10, Červený domov 6, Fialový domov 9.

Domov Na Zámku, příspěvková organizace Nezamyslice - posláno 30 dotazníků, vyplněných vráceno 30.

Nové Zámky, poskytovatel sociálních služeb - posláno 30 dotazníků, vyplněných vráceno 30.

Domov Na zámečku Rokytnice, příspěvková organizace - posláno 30 dotazníků, vyplněných vráceno 30.

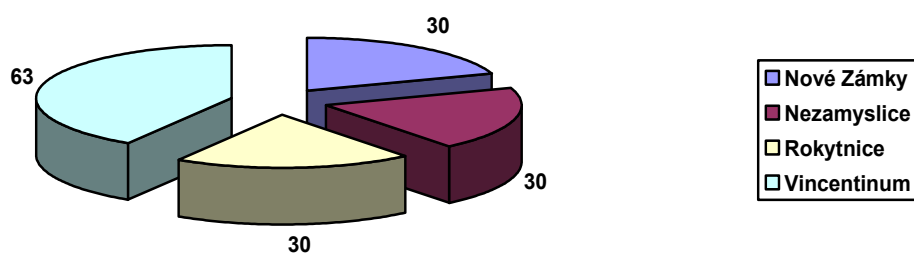
Otázka č. 1: Název domova, na kterém pracujete?

Tabulka č. 1 Počet odpovídajících pracovníků z domovů pro osoby se zdravotním postižením

Počet respondentů	Absolutní četnost	%
Nové Zámky	30	19,60
Domov Na Zámku Nezamyslice	30	19,60
Domov Na Zámečku Rokytnice	30	19,60
Vincentinum Šternberk	63	41,20
Celkem	153	100,00

Na počátku výzkumu, bylo nezbytné rozdělit dotazované podle toho, ve kterém zařízení pracují. Z výše uvedené tabulky lze snadno vyčíst počet odpovídajících respondentů.

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle domovů

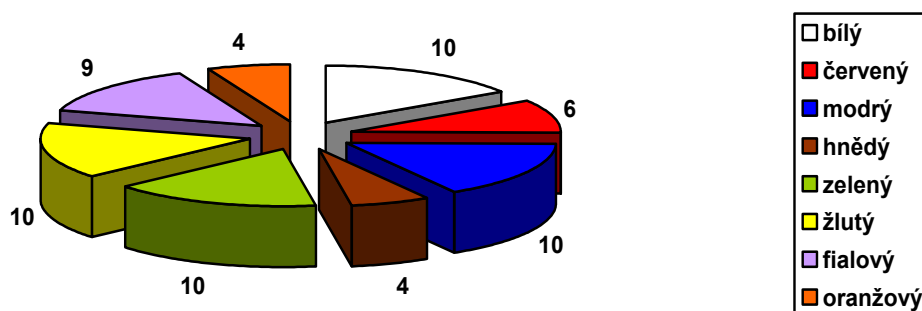


Tabulka č. 2 Počet odpovídajících pracovníků Vincentina Šternberk dle jednotlivých domovů

Počet respondentů Vincentina	Absolutní četnost	%
Bílý domov	10	15,87
Červený domov	6	9,53
Modrý domov	10	15,87
Hnědý domov	4	6,35
Zelený domov	10	15,87
Žlutý domov	10	15,87
Fialový domov	9	14,29
Oranžový domov	4	6,35
Celkem	63	100,00

U zaměstnanců Vincentina bylo třídícím znakem přiřazení k domovu dle výběru. Na každý domov bylo podáno 10 dotazníků. Z Bílého, Modrého, Zeleného a Žlutého domova se vrátil plný počet vyplněných dotazníků. Nejnižší počet odpovídajících byl na Hnědém a Oranžovém domově, u obou 4 respondenti.

Graf č. 2 Zastoupení pracovníků domovů



Otázka č. 2: Vyskytují se na Vašem domově uživatelé s projevy rizikového chování (agresivita, sebepoškozování, ničení věcí, krádeže, provokování ...)?

Tabulka č. 3 Výskyt uživatelů s rizikem v chování v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Rizikové chování	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	30	30	30	63	153	100,00
Ne	0	0	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0	0	0
Celkem	30	30	30	63	153	100,00

Tabulka č. 4 Výskyt uživatelů s rizikem v chování na jednotlivých domovech Vincentina Šternberk

Riziková chování	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00
Ne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nevím	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00

Odpovědi na otázku č. 2 se dají shrnout pro obě tabulky. Všichni dotazovaní jednoznačně potvrdili výskyt uživatelů s rizikem v chování na pracovišti.

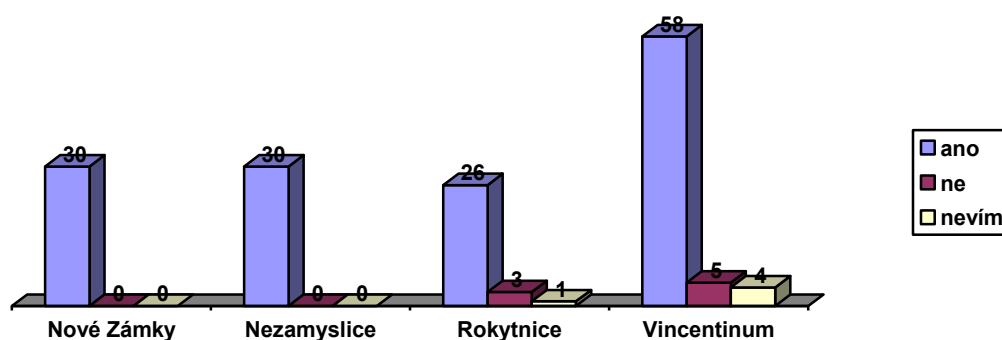
Otázka č. 3: Máte vypracovány krizové plány uživatele v rámci individuálního přístupu k uživateli?

Tabulka č.5 Záznam krizových plánů uživatelů v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Krizové plány	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	30	30	26	58	144	94,12
Ne	0	0	3	2	5	3,27
Nevím	0	0	1	3	4	2,61
Celkem	30	30	30	63	153	100,00

Krizové plány uživatele v rámci individuálního plánování označila většina dotazovaných 144 (94,12 %). 5 respondentů (3,27 %) odpovědělo záporně a 4 respondenti (2,61 %) o krizových plánech neví.

Graf č. 3 Znalost existence krizových plánů

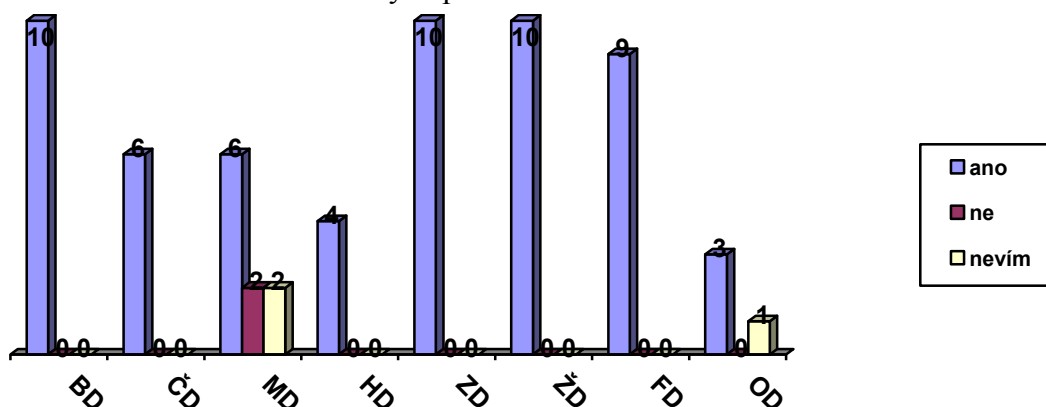


Tabulka č. 6 Záznam krizových plánů uživatelů na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk.

Krizové plány	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	10	6	6	4	10	10	9	3	58	92,06
Ne	0	0	2	0	0	0	0	0	2	3,17
Nevím	0	0	2	0	0	0	0	1	3	4,76
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00

Záznam krizových plánů potvrdili téměř všichni dotazovaní 58 (92,06 %). Na Modrém domově využili 2 (3,17 %) zaměstnanci zápornou odpověď. Celkem 3 (4,76 %) respondenti uvedli, že neví.

Graf č. 4 Znalost existence krizových plánů na domovech Vincentina Šternberk



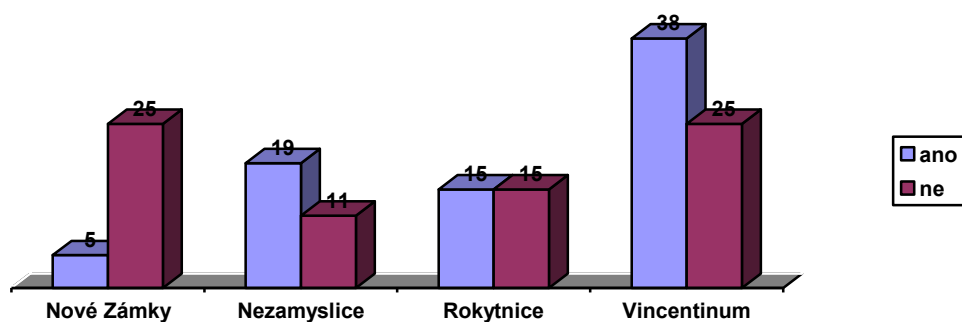
Otázka č. 4: Zúčastnil/a jste se školení nácviku šetrné sebeobraný (úchopy)?

Tabulka č. 7 Počty účastníků školení úchopů v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Proškolen/a úchopy	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	5	19	15	38	77	50,33
Ne	25	11	15	25	76	49,67
Celkem	30	30	30	63	153	100

Přibližně polovina 77 (50,33 %) dotazovaných absolvovala výcvik šetrné sebeobraný. Ostatní respondenti 76 (49,67 %) školením zatím neprošli.

Graf č. 5 Účast na školení

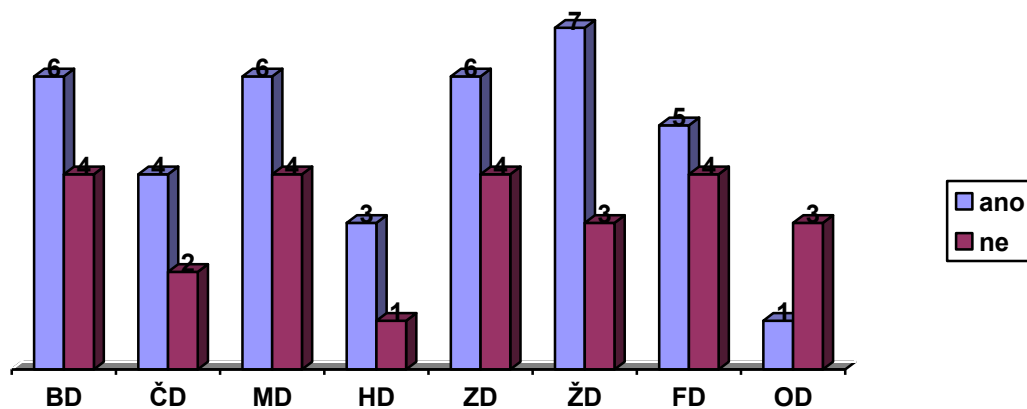


Tabulka č. 8 Počty účastníků školení úchopů na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Proškolen/a úchopy	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	6	4	6	3	6	7	5	1	38	60,32
Ne	4	2	4	1	4	3	4	3	25	39,68
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100

Z řad zaměstnanců Vincentina absolvovalo výcvik 38 (60,32 %) respondentů. Zbývajících 25 (39,68 %) dotazovaných nebylo proškoleny.

Graf č. 6 Účast na školení pracovníků Vincentina



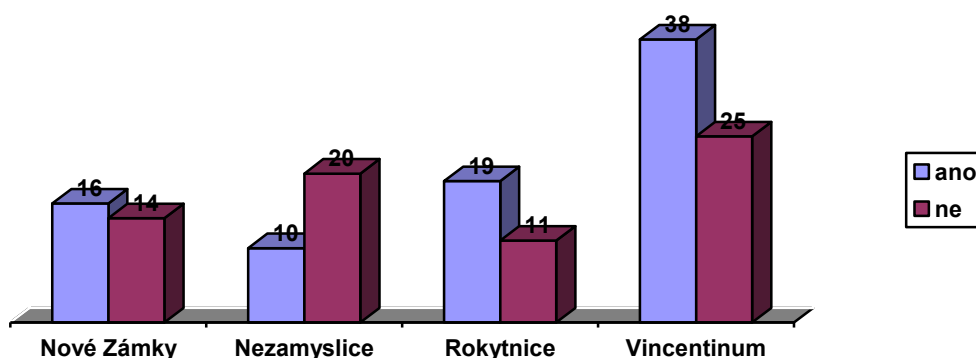
Otázka č. 5: Zúčastnil/a jste se školení práce s klientem s rizikem v chování (metody deeskalace – aktivní naslouchání, prevence problémového chování..)?

Tabulka č. 9 Počty účastníků školení v oblasti problémového chování v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Proškolen/a problémové chování	Nové Zámky	Dům Na Zámku Nezamyslice	Dům Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	16	10	19	38	83	54,25
Ne	14	20	11	25	70	45,75
Celkem	30	30	30	63	153	100

Školení práce s klientem s rizikem v chování se zúčastnilo 83 (54,25 %) respondentů. Proškoleny nebyly 70 (45,75 %) dotazovaných.

Graf č. 7 Účast na školení – rizikové chování

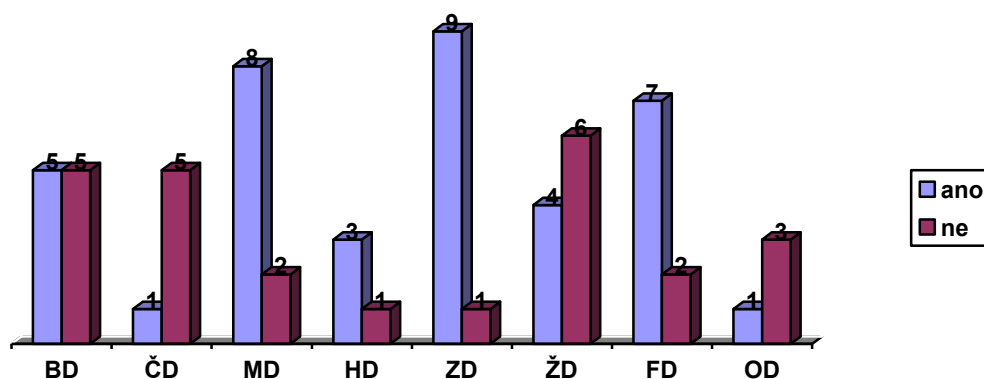


Tabulka č. 10 Počty účastníků školení v oblasti problémového chování na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Proškolen/a problémové chování	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	5	1	8	3	9	4	7	1	38	60,32
Ne	5	5	2	1	1	6	2	3	25	39,68
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100

Nejvyšší účast na školení potvrdili zaměstnanci Zeleného domova, 9 dotazovaných, z celkového počtu 38 (60,32 %). Školení neabsolvovalo 25 (39,68 %) zaměstnanců.

Graf č. 8 Účast na školení pracovníků Vincentina – rizikové chování



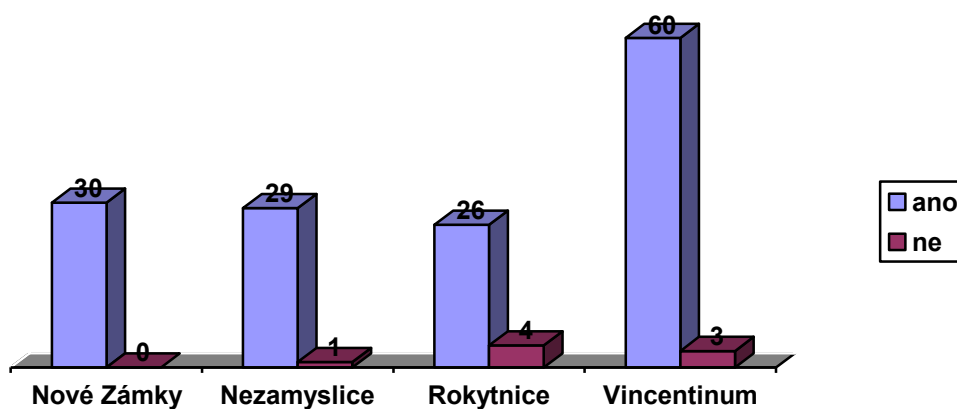
Otázka č. 6: Využil/a jste metodu deeskalace (slovní zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení...)?

Tabulka č. 11 Využití deeskalace v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Využití deeskalace	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	30	29	26	60	145	94,77
Ne	140	1	4	3	8	5,23
Celkem	3030	30	30	63	153	100,00

Metodu deeskalace nevyužilo jen 8 (5,23 %) respondentů, ostatních 145 (94,77 %) zaměstnanců odpovědělo kladně.

Graf č. 9 Využití metody deeskalace

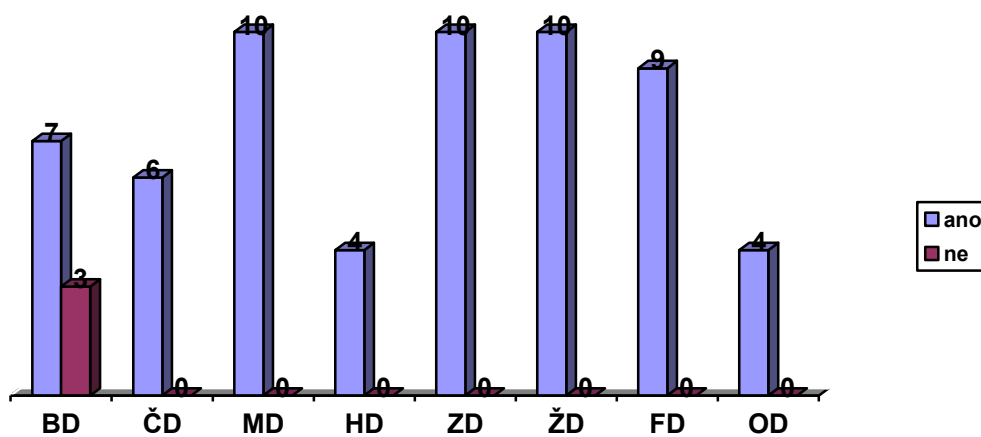


Tabulka č. 12 Využití deescalace na jednotlivých domovech na Vincentinu Šternberk

Využití deescalace	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	7	6	10	4	10	10	9	4	60	95,24
Ne	3	0	0	0	0	0	0	0	3	4,76
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00

Převážná část zaměstnanců 60 (95,24 %) uvedla, že metodu deescalace běžně využívá, jen 3 (4,76 %) respondenti odpověď negovali.

Graf č. 10 Využití metody deescalace pracovníky Vincentina



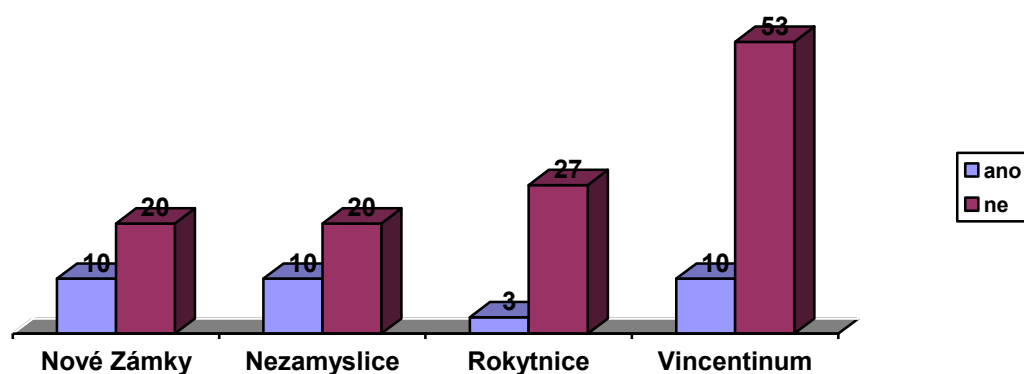
Otázka č. 7: Využil/a jste metodu šetrné sebeobrany? (úchopy)

Tabulka č. 13 Využití úchopů v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Využití úchopů	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					AČ	%
Ano	10	10	3	10	33	21,57
Ne	20	20	27	53	120	78,43
Celkem	30	30	30	63	153	100,00

Zpracované údaje ukázali, že úchopy využilo jen 33 (21,57 %) dotazovaných. Až 120 (78,43 %) respondentů s využitím úchopů v praxi nemá zkušenosti.

Graf. č. 11 Metoda šetrné sebeobrany

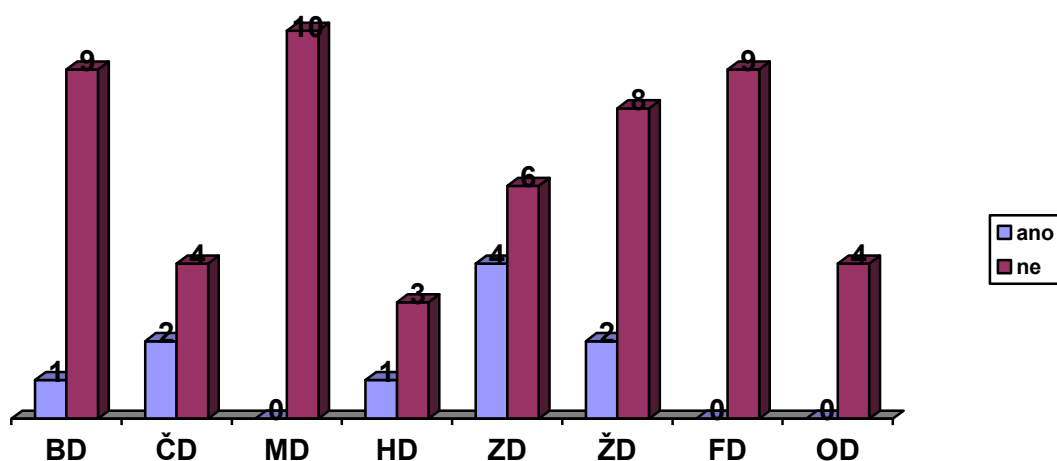


Tabulka č. 14 Využití úchopů na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Využití úchopů	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	1	2	0	1	4	2	0	0	10	15,87
Ne	9	4	10	3	6	8	9	4	53	84,13
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00

U otázky využití úchopů vybrala většina zaměstnanců 53 (84,13 %) zápornou odpověď. Úchopy v praxi využilo jen 10 (15,87 %) dotazovaných.

Graf. č. 11 Využití úchopů pracovníky Vincentina



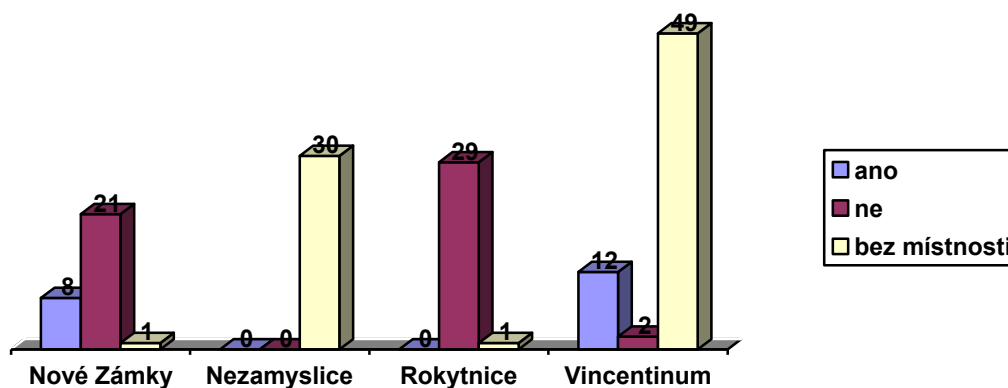
Otázka č. 8: Využil/a jste umístění uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu?

Tabulka č. 15 Využití místnosti bezpečného pobytu v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Místnost bezpečného pobytu	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Ano	8	0	0	12	20	13,07
Ne	21	0	29	2	52	33,99
Bez místnosti	1	30	1	49	81	52,94
Celkem	30	30	30	63	153	100,00

Více než polovina zaměstnanců 81 (52,94 %) uvedla absenci místnosti bezpečného pobytu na pracovišti. Její využití potvrdilo 20 (13,07 %) respondentů a 52 (33,99 %) dotazovaných s umístěním uživatele do místnosti bezpečného pobytu dosud nemělo žádnou zkušenost.

Graf č. 12 Využití místnosti bezpečného pobytu

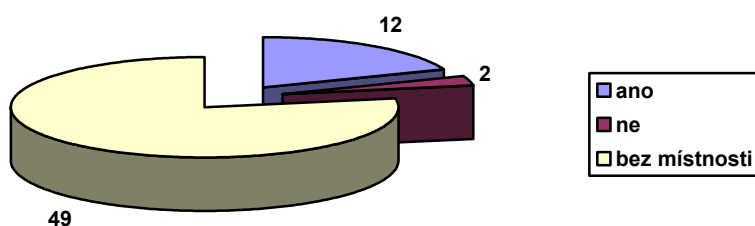


Tabulka č. 16 Využití místnosti bezpečného pobytu na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Místnost bezpečného pobytu	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	0	0	0	4	8	0	0	0	12	19,05
Ne	0	0	0	0	2	0	0	0	2	3,17
Bez místnosti	10	6	10	0	0	10	9	4	49	77,78
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100

Z údajů v tabulce vyplývá, že místnost bezpečného pobytu se vyskytuje pouze na domově Hnědém a Zeleném. Z toho 12 (19,05 %) respondentů potvrdilo zkušenosti s umístěním uživatele do místnosti bezpečného pobytu a 2 (3,17 %) zaměstnanci odpověď negovali.

Graf č. 13 Využití místnosti bezpečného pobytu ve Vincentinu



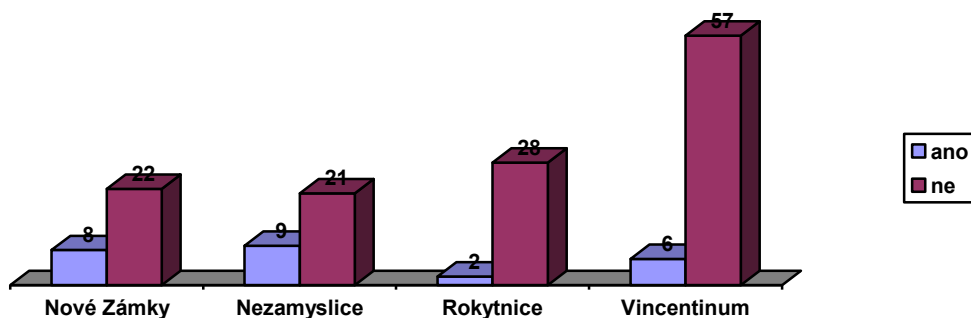
Otázka č. 9: Využil/a jste možnost jednorázového podání léčivých přípravků (např. injekčně) uživateli?

Tabulka č. 17 Využití jednorázových léčivých přípravků v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Léčivé přípravky	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					AČ	%
Ano	8	9	2	6	25	16,34
Ne	22	21	28	57	128	83,66
Celkem	30	30	30	63	153	100,00

Obecně lze říci, že zkušenosti s podáním jednorázových léčivých přípravků, mělo 25 (16,34 %) dotazovaných, zbývajících 128 respondentů využilo záporné odpovědi.

Graf č. 14 Využití léčivých přípravků

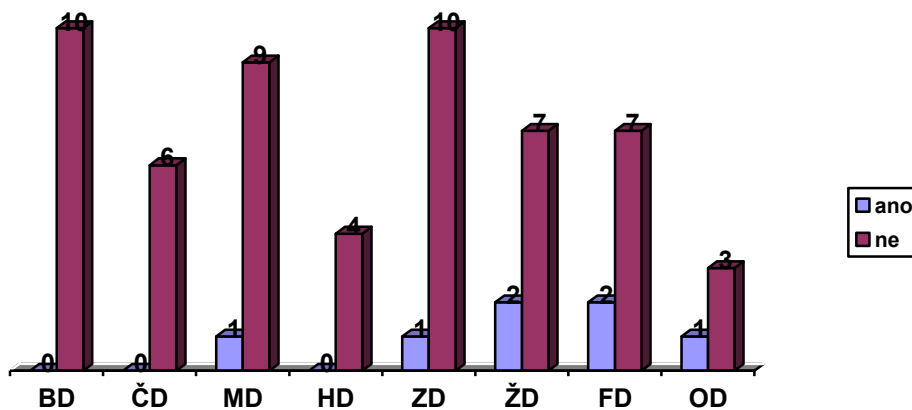


Tabulka č. 18 Využití jednorázových léčivých přípravků na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Léčivé přípravky	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Ano	0	0	1	0	1	1	2	1	6	9,52
Ne	10	6	9	4	9	9	7	3	57	90,48
Celkem	10	6	10	4	10	10	9	4	63	100,00

Převážná většina 57 (90,48 %) zaměstnanců Vincentina neměla zkušenosti s podáním jednorázových léčivých přípravků. Pouze 6 (9,52 %) respondentů odpovědělo kladně.

Graf č. 15 Využití léčivých přípravků ve Vincentinu



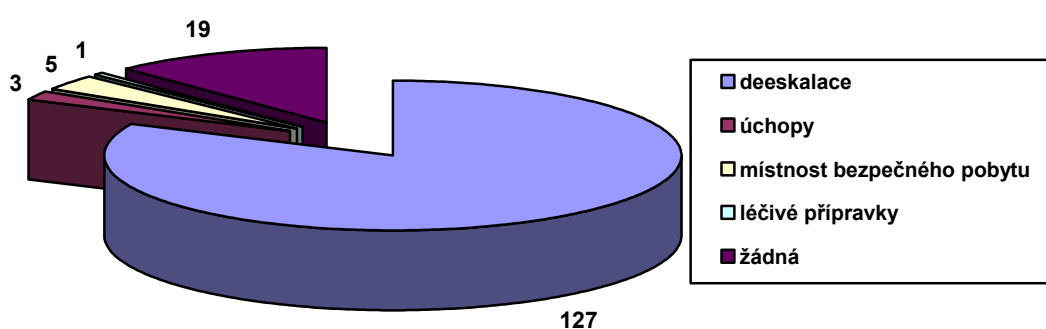
Otázka č. 10: Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb využíváte nejčastěji?

Tabulka č. 19 Nejvyužívanější metoda opatření omezující pohyb v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Nejčastější metody	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na záměčku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Deeskalace	27	27	27	46	127	81,93
Úchopy	1	1	1	0	3	1,94
Místnost bezpeč. pobytu	0	0	1	4	5	3,22
Léčivé přípravky	0	1	0	0	1	0,65
Žádné	2	1	1	15	19	12,26
Celkem	30	30	30	65	155	100

Až 127 (81,93 %) dotazovaných se shodlo, že metodu deeskalace využívají nejčastěji jako prostředek zklidnění uživatele. Pro úchopy hlasovali jen 3 (1,94 %) respondenti, místnost bezpečného pobytu využívá v praxi nejčastěji 5 (3,22 %) zaměstnanců, léčivé přípravky dostali 1 (0,65 %) hlas a celkem 19 (12,26 %) odpovídajících nevybralo žádnou z metod uvedených v dotazníku.

Graf č. 16 Četnost využitých metod

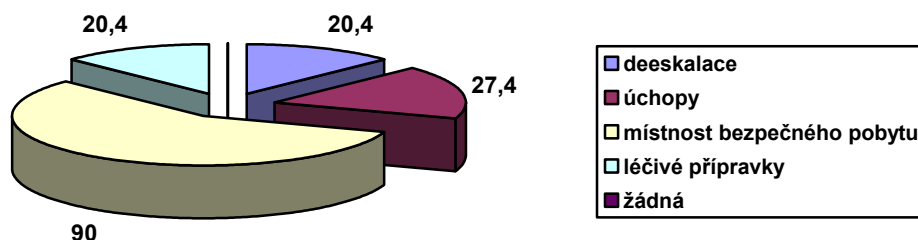


Tabulka č. 20 Nejvyžívanější metoda opatření omezující pohyb na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Nejčastější metody	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Deeskalace	0	6	9	4	8	10	8	1	46	70,77
Úchopy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Místnost bezpeč. pobytu	0	0	1	2	1	0	0	0	4	6,15
Léčivé přípravky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Žádné	10	0	0	0	1	0	1	3	15	23,08
Celkem	10	6	10	6	10	10	9	4	65	100

Jako nejvyžívanější metodu pro práci s klientem s rizikem v chování vybrali zaměstnanci Vincentina deeskalaci v počtu 46 (70,77 %). Místnost bezpečného pobytu získala 4 (6,15 %) respondenty. Úchopy a léčivé přípravky bez hlasu. Možnost žádné volilo 15 (23,08 %) dotazovaných. Zaměstnanci Bílého domova se shodli, že výše uvedené metody v praxi nevyžívají. Respondenti z Červeného a Žlutého domova vybrali jedinou odpověď, deeskalace.

Graf č. 17 Nejvyžívanější metoda ve Vincentinu



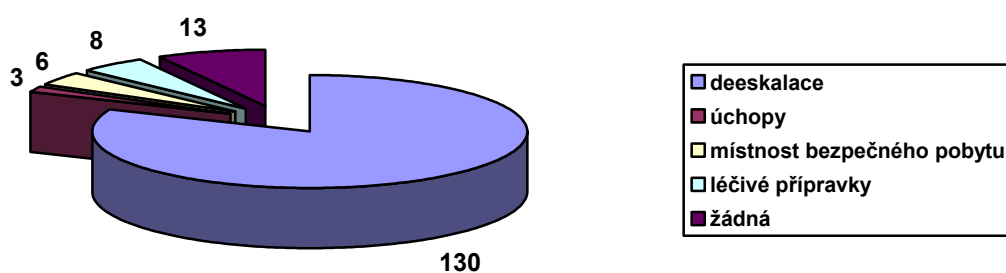
Otázka č. 11: Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb na Vašem domově, dle Vašich zkušeností považujete za nejúčinnější?

Tabulka č. 21 Nejúčinnější metoda opatření omezující pohyb v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Nejúčinnější metoda	Nové Zámky	Domov Na Zámku Nezamyslice	Domov Na zámečku Rokytnice	Vincentinum Šternberk	Celkem	
					Absolutní četnost	%
Deeskalace	27	27	28	48	130	84,97
Úchopy	1	1	0	1	3	1,96
Místnost bezpeč. pobytu	0	0	1	5	6	3,92
Léčivé přípravky	0	1	1	6	8	5,23
Žádná	2	1	0	10	13	8,50
Celkem	30	30	30	70	160	100,00

Jako v předchozí tabulce nejvíce odpovědí získala deeskalace 130 (84,97 %) respondentů, kteří tuto metodu považují za nejúčinnější. 3 (1,96 %) respondenti vybrali úchopy, 6 (3,92 %) místnost bezpečného pobytu, 8 (5,23 %) léčivé přípravky. 13 (8,50 %) dotazovaných výše uvedené metody nepovažuje v praxi za účinné.

Graf č. 18 Metoda považovaná za nejúčinnější

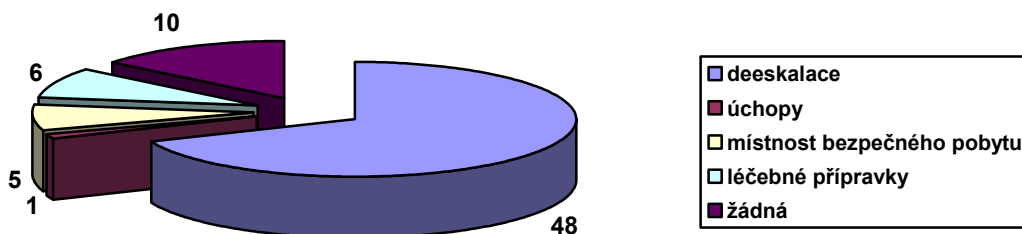


Tabulka č. 22 Nejúčinnější metoda opatření omezující pohyb na jednotlivých domovech ve Vincentinu Šternberk

Nejúčinnější metody	BD	ČD	MD	HD	ZD	ŽD	FD	OD	Celkem	
									AČ	%
Deeskalace	0	6	9	4	8	10	9	2	48	68,57
Úchopy	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1,43
Místnost bezpeč. pobytu	1	0	1	3	0	0	0	0	5	7,14
Léčivé přípravky	1	0	1	0	0	2	1	1	6	8,57
Žádné	8	0	0	0	1	0	0	1	10	14,29
Celkem	10	6	11	7	10	12	10	4	70	100

Nejvíce pracovníků zaznamenalo jako nejúčinnější metodu deeskalaci celkem 48 (68,57 %). Úchopy vybral 1 (1,43 %) dotazovaný, místnost bezpečného pobytu získala 5 (7,14 %) respondentů, léčivé přípravky 6 (8,27 %). Za neúčinné označilo výše uvedené metody celkem 10 (14,29 %) zaměstnanců, z toho 8 respondentů z Bílého domova, 1 respondent ze Zeleného domova a 1 dotazovaný z Oranžového domova.

Graf č. 19 Metoda považovaná za nejúčinnější pracovníky Vincentina



Součástí průzkumu bylo zmapování výskytu uživatelů s rizikem v chování. Tuto skutečnost řeší otázka č. 2, kterou všichni dotazovaní (153 respondentů) potvrdili kladnou odpovědí.

Z výsledků provedeného průzkumu lze konstatovat, že četnost využití restriktivních opatření je nízká. Z celkového počtu 155 respondentů, 127 dotazovaných při práci s uživatelem s rizikovým chováním vybralo jako nejvyužívanější metodu deeskalaci. Stejně tak zaměstnanci Vincentina, kteří deeskalaci potvrdili 46 hlasy z celkového počtu 65. Opatření omezující pohyb v praxi běžně využívá 9 respondentů z celkového počtu 155.

Na otázku o nejvyužívanějších metodách při práci s uživatelem s rizikem v chování navazují údaje vyhodnocení v oblasti nejúčinnější metody, dle nabídky dotazníku v otázce

č. 11. V odpovědích respondentů převažuje jako nejúčinnější metoda deeskalace stejně jako v předchozí otázce. Deeskalace získala z celkového počtu 160 respondentů 130 hlasů. Zaměstnanci Vincentina volili deeskalaci 48 hlasy ze 70 dotazovaných. K restriktivním opatřením se přiklonilo 17 respondentů z celkového počtu 160 a 12 zaměstnanců Vincentina z celkového počtu 70 dotazovaných.

Jak dalece jsou pracovníci v přímé péči seznámeni s problematikou metod a technik zvládnání rizikového chování nám ukazují výsledky odpovědí na otázku č. 4 a 5.

Obecně lze říci, že průměrně každý druhý dotazovaný absolvoval školení šetrné sebeobrany nebo práce s klientem s rizikem v chování. Účast zaměstnanců na jednotlivých školeních je ovlivněna schopností zaměstnavatele zajistit výcvik svým pracovníkům, což úzce souvisí s finančními prostředky zařízení a ochotou zaměstnanců dále se vzdělávat.

Naměřené hodnoty lze posuzovat z několika hledisek. Projevy problémového jednání mohou být příčinou poruchy chování, duševní poruchy uživatele. Další a mnohdy častější příčinou takového chování uživatele bývá jeho umístění v domovech pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem. Právě tato forma poskytované sociální služby je živnou půdou pro psychické i sociální problémy zapříčiněné zejména nedostatkem citových vazeb (časté střídání personálu, nebo jeho nedostatek), odloučením od rodiny, velmi často se objevuje „ponorková nemoc“ mezi uživateli, uživatelům není poskytováno dostatek soukromí, objevuje se sexuální frustrace, nevyhovující materiální podmínky (osvětlení, barvy, sterilní podmínky), nedostatek podnětů nebo jejich přílišná stimulace. Další možné příčiny problémového chování jsou strach, bolest, zneužívání, vedlejší účinky léků, poškození smyslového vnímání, nízké sebevědomí, naučené chování, problémy s komunikací aj. Důležitým faktorem předcházení problémového chování je snaha pracovníků pochopit uživatelovo jednání, být schopen mu pomoci, zajímat se o uživatele o jeho přání a potřeby, vnímat ho jako rovnocenného partnera.

Závěr

Výsledky výzkumu umožňují analyzovat míru efektivity využití opatření omezujících pohyb při práci s uživateli s rizikovým chováním ve čtyřech domovech pro osoby se zdravotním postižením. Povzbuzujícím zjištěním je nízká četnost použití restrikcí vůči uživatelům sociálních služeb, nejčastější způsob řešení problémového chování metodou deeskalace, minimální využívání místností bezpečného pobytu a také chuť zaměstnanců vzdělávat se v dané problematice. Ze získaných údajů vyplynulo, že většina pracovníků v přímé péči je schopna odvrátit nebo zklidnit vyhocenou situaci prostřednictvím odvedení pozornosti uživatele, slovním zklidněním, nabídkou zajímavé činnosti apod. – také tuto skutečnost je třeba hodnotit kladně.

Je však zřejmé, že jiné než restriktivní způsoby řešení krizových situací vyžadují osobnostní předpoklady pracovníka, jako je empatie, trpělivost, schopnost navázat kvalitní komunikaci, týmově spolupracovat. V diplomové práci je zdůrazněna nezbytnost osobitého přístupu pracovníků k hledání smysluplných aktivit či terapií, přístupu, který je nutným předpokladem plnohodnotného poskytování sociální služby osobám s problematickým chováním.

Výsledky diplomové práce nicméně také odhalují negativní skutečnost, že v současné době průměrně pouze každý druhý dotazovaný pracovník absolvoval školení šetrné sebeobrany nebo školení práce s klientem s rizikovým chováním. Na vině je jednak absence systémového řešení problematiky v rámci ČR (např. nedostatek lektorů „šetrné sebeobrany“), jednak v některých případech nedostatek finančních prostředků na vzdělávací aktivity, v horším případě nezáměr managementu. Z vlastních zkušeností je možné poukázat na vysokou fluktuaci personálu jako další z důvodů nedostatečné odborné připravenosti - v zařízení Vincentinum je výcvik fyzických úchopů zabezpečen vlastním odborníkem, pracovníci se školí v pracovní době zdarma, a přesto z dotazníkového šetření vyplynulo, že výcvikem jich po dvou letech dosud neprošlo přibližně 40%. Lze se setkat také s laxním přístupem některých pracovníků.

Na obecné rovině lze uzavřít, že zvládání problémového chování uživatelů sociálních služeb se drží stanovených zákonných pravidel a v praxi dochází k postupnému proškolení pracovníků v oblasti jak prevence tohoto chování, tak jeho zvládání formou restriktivních opatření. Podstatným zjištěním je, že pro poskytování sociálních služeb osobám s rizikovým chováním je naprosto nezbytné vyjít z individuálního plánování – jen tak je možné u těchto lidí naplnit požadavky standardů kvality. Jako nezbytná pro skutečně

významný posun v přístupu k těmto lidem se jeví ve většině případů transformace stávajících pobytových služeb.

Důležitým úkolem každé organizace je snaha zvýšit společenské vědomí o osobách s postižením, jejich potřebách a schopnostech, protože úroveň života těchto lidí je do velké míry ovlivněna postoji a hodnotami, které společnost sdílí. Proces zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe přináší řadu otázek zabývajících se respektováním práv osob se specifickými potřebami s různou mírou podpory. Je potřebné, aby společnost začala proces transformace ústavních služeb vnímat jako jedinou cestu vedoucí k poskytování kvalitních sociálních služeb – k čemuž se snažila alespoň malým dílem přispět i tato diplomová práce.

Seznam literatury a pramenů:

1. BALICKÁ, K. a kol. *Práce s klientem s rizikem v chování*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. ISBN 80-86878-27-9.
2. ČADILOVÁ, V. – JŮN, H. – THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
3. ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta, 1999. ISBN 80-902614-1-8.
4. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vydání. Praha : Portál, 1983.
5. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentálním postižením a autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 987-80-7367-3901.
6. HOLOUŠOVÁ, D. – KROBOTOVÁ, M. *Diplomové a závěrečné práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISNB 80-244-1237-3.
7. HOSÁKOVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.
8. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
9. INCLUSION EUROPE, *Vaše občanská práva*. 2005. ISBN 2-87460-038-5.
10. JOHNOVÁ, M. – ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
11. KÁBRTOVÁ, Z. *Bocce jako sportovní disciplína pro osoby s mentálním postižením*. Závěrečná práce: 2007. Univerzita Palackého v Olomouci.
12. MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 0-247-1151-6.
13. MICHALÍK, J. – JESENSKÁ, J. *Průvodce – standardy kvality odborného poradenství uživatele sociálních služeb*. Praha : tiskárna JO, 2007. ISBN 80-903640-6-3.
14. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. ISNB 80-210-25-12-3.
15. MÜLLER, O. – VALENTA, M. *Psychopedie*. 2. vydání. Jihlava: Parta, 2003. ISNB 80-7320-063-5.

16. MÜLLER, O. – VALENTA, M. *Psychopedie*. 3. vydání. Jihlava: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
17. PEREIRA, S. – PATON, C. – BEER, M. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0363-7.
18. PIPEKOVÁ, J. *Integrace handicapovaných na trhu práce v mezinárodní dimenzi*. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-31-4.
19. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
20. SOBEK, J. *Můžeme si vybrat – příručka o lidských právech*. Praha: Portus o.s., 2009. ISBN 978-80-239-9401-8.
21. SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
22. ŠTĚRBOVÁ, D. *Sexualita osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1689-2.
23. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vydání. Praha: Portál 2000. ISBN 80-7178-506-7.
24. ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z psychopedie*. 2. vydání. Liberec, 1999. ISBN 80-7083-356-4.
25. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývoje psychopatologie*. 1. vydání. Liberec, 2002. ISBN 80-7083-593-1.
26. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.
27. ŠELNER, I. *Projevy agrese a autoagrese u lidí s mentálním postižením*. Odborná přednáška, Šternberk 6. – 7.10. 2009.
28. *Výroční zpráva Vincentina 2009*.
29. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
30. Vyhláška č. 505/2006 Sb. MPSV k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.
31. Zákon č. 349/1999 Sb. o veřejném ochránci práv.

Internetové zdroje:

1. www.who.int/csr/disease/avian [cit. 14. listopadu 2009].
2. <http://www.ochrance.cz/ombudsman/ochrance.php> [cit. 8. ledna 2010].
3. <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php> [cit. 8. ledna 2010].
4. <http://www.ochrance.cz/ombudsman/obecne.php> [cit. 15. ledna 2010].
5. www.restrikce.cz [cit. 23. října 2009].
6. <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/soc> [cit. 10. října 2009].
7. <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67> [cit. 21. prosince 2009].
8. <http://www.obecniportal.cz/?cid=224285fromemail=1> [cit. 4. listopadu 2009].
9. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny-postup.pdf> [cit. 12. února 2010].
10. <http://www.viaiuris.cz/index.php?p=msg&id=22> [cit. 12. února 2010].
11. <http://www.mpsv.cz/cs/1089> [cit. 6. února 2010].
12. <http://www.novezamky.cz/index.php?nid=3504&lid=CZoid=423524> [cit. 3. února].
13. <http://www.domovrokytnice.cz/verejny-zavazek> [cit. 6. března 2010].
14. <http://obcanskyzakonik.justice.cz/cz/obecna-cast-zakonik/co-upravuje-obecna-cast-zakoniku-html#3> [cit. 16. ledna 2010].
15. <http://www.nrzp.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim/>
[cit. 26. ledna 2010].
16. <http://www.uspnezamyslice.org/index.php?nid=2018&lid=CZ&oid=212732>
[cit. 6. března 2010].

ANOTACE

Jméno a příjmení	Zuzana Kábrtová
Katedra	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce	Mgr. Hana Mazalová
Rok obhajoby	2010

Název práce	Restriktivní opatření v domovech pro osoby se zdravotním postižením v praxi
Název v angličtině	Restrictive arrangement in home for people with handicap in practice
Anotace práce	Diplomová práce je zaměřena na agresivní chování u lidí se speciálními potřebami v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Mapuje systém sociální péče a ochranu práv uživatelů. Cílem výzkumu je charakteristika významu a využití restriktivních opatření ve vybraných zařízeních sociálních služeb.
Klíčová slova	Sociální péče, osoba se speciálními potřebami, restriktivní opatření, agresivní chování, práva osob s mentálním postižením
Anotace v angličtině	The degree work is a view to an aggressive behavior of people with special needs in home for handicapped people. Maps system of social care and protection of rights for users. The object of research is to characterize meaning and usage of restrictive arrangement.
Klíčová slova v angličtině	Social care, person with special needs, restrictive arrangement, aggressive behavior, right for people with handicap
Přílohy vázané v práci	6 příloh
Rozsah práce	89 stran
Jazyk práce	Český jazyk

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro vybrané Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Příloha č. 2: Dotazník pro Vincentinum Šternberk

Příloha č. 3: Krizový plán

Příloha č. 4: Evidenční formulář

Příloha č. 5: Obrazová příloha ze života uživatelů Vincentina Šternberk

Příloha č. 6: Obrazová příloha nácviku šetrné sebeobran

Příloha č. 1:

Dotazník k využití a efektivity práce s uživatelem s rizikem v chování ve vybraných domovech pro osoby se zdravotním postižením

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Zuzana Kábrtová, pracuji v zařízení Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace. Předpokládám, že se ve Vašem zařízení setkáváte s problematikou rizikového chování uživatelů, a proto v rámci výzkumu své diplomové práce si Vás dovoluji požádat o vyjádření Vašich názorů a zkušeností týkajících se práce s těmito uživateli.

- dotazník je anonymní
 - vybrané odpovědi zakroužkujte
 - vyplněné dotazníky, prosím, odevzdejte do 8.1 2010, svému vedoucímu
 - výsledky výzkumu budou zveřejněny v elektronické podobě na webových stránkách www.vincentinum.cz
-

1. Ve kterém z níže uvedených zařízení pracujete?

- a) Domov Na Zámku, p.o. Nezamyslice
- b) Nové Zámky - poskytovatel sociálních služeb
- c) Domov Na zámečku Rokytnice, p.o.

2. Vyskytují se ve Vašem zařízení uživatelé s projevy rizikového chování (agresivita, sebepoškozování, ničení věcí, krádeže, provokování...)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3. Máte vypracovány krizové plány uživatele v rámci individuálního přístupu k uživateli?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. **Zúčastnil/a jste se školení nácviku šetrné sebeobranu (úchopy)?**
- a) ano
 - b) ne
5. **Zúčastnil/a jste se školení práce s klientem s rizikem v chování (metody deeskalace – aktivní naslouchání, prevence problémového chování...)?**
- a) ano
 - b) ne
6. **Využil/a jste metodu deeskalace (slovní zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení...)?**
- a) ano
 - b) ne
7. **Využil/a jste metodu šetrné sebeobranu (úchopů)?**
- a) ano
 - b) ne
8. **Využil/a jste možnost umístění uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) v našem zařízení nemáme místnost bezpečného pobytu
9. **Využil/a jste možnost jednorázového podání léčivých přípravků (např. injekčně) uživateli?**
- a) ano
 - b) ne
10. **Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb využíváte nejčastěji?**
- a) deeskalace
 - b) úchopy
 - c) léčivé přípravky
 - d) žádné

c) místnost bezpečného pobytu

11. Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb na Vašem zařízení, dle Vašich zkušeností považujete za nejúčinnější?

a) deeskalace

b) úchopy

c) místnost bezpečného pobytu

d) léčivé přípravky

e) žádnou

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Ve Šternberku 7.12. 2009

Zuzana Kábrtová

Příloha č. 2

Dotazník k využití a efektivitě práce s uživatelem s rizikem v chování na vybraných domovech zařízení Vincentinum - poskytovatel sociálních služeb Šternberk, p.o.

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Zuzana Kábrtová, pracuji na Zeleném domově. V rámci výzkumu své diplomové práce si Vás dovoluji požádat o vyjádření Vašich názorů a zkušeností týkajících se práce s uživatelem s rizikovým chováním na domově, na kterém pracujete.

- dotazník je anonymní, vybrané odpovědi zakroužkujte
 - vyplněné dotazníky, prosím, odevzdejte do 18.12. 2009, svému vedoucímu domova, v případě, že si přejete zachovat anonymitu, vhod'te do schránky důvěry
 - výsledky výzkumu budou zveřejněny v elektronické podobě na webových stránkách www.vincentinum.cz
-

1. Název domova, na kterém pracujete:

- c) Zelený domov
- d) Hnědý domov
- e) Modrý domov
- f) Žlutý domov
- g) Červený domov
- h) Bílý domov
- i) Oranžový domov
- j) Fialový domov

2. Vyskytují se na Vašem domově uživatelé s projevy rizikového chování (agresivita, sebepoškozování, ničení věcí, krádeže, provokování...)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

- 3. Máte vypracovány krizové plány uživatele v rámci individuálního přístupu k uživateli?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 4. Zúčastnil/a jste se školení nácviku šetrné sebeobrany (úchopy)?**
- a) ano
 - b) ne
- 5. Zúčastnil/a jste se školení práce s klientem s rizikem v chování (metody deeskalace – aktivní naslouchání, prevence problémového chování...)?**
- a) ano
 - b) ne
- 6. Využil/a jste metodu deeskalace (slovní zklidnění situace, odvrácení pozornosti, rozptýlení...)?**
- a) ano
 - b) ne
- 7. Využil/a jste metodu šetrné sebeobrany (úchopů)?**
- a) ano
 - b) ne
- 8. Využil/a jste možnost umístění uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) na našem domově nemáme místnost bezpečného pobytu
- 9. Využil/a jste možnost jednorázového podání léčivých přípravků (např. injekčně) uživateli?**
- a) ano
 - b) ne

10. Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb využíváte nejčastěji?

- a) deescalace
- b) úchopy
- c) místnost bezpečného pobytu
- d) léčivé přípravky
- e) žádné

11. Kterou z níže uvedených metod opatření omezující pohyb na Vašem domově, dle

Vašich zkušeností považujete za nejúčinnější?

- a) deescalace
- b) úchopy
- c) místnost bezpečného pobytu
- d) léčivé přípravky
- e) žádnou

Děkuji za Vaši spolupráci

Ve Šternberku 7.12. 2009

Zuzana Kábrtová

Příloha č. 3

Krizový plán (formulář)

Jméno uživatele:

Popis rizikové situace, která by mohla nastat:

Opatření, která zabrání, aby k rizikové situaci došlo:

Kroky řešení této situace, pokud nastane – co dělat:

1.

2.

3.

4.

Důležitá telefonní čísla:

Datum:

Podpisy:

Evidence mimořádných opatření omezujících pohyb osoby

Příjmení a jméno:

Datum narození:

Popis předcházející situace, průběhu situace a důsledků včetně případných poranění:

Použité opatření	Datum a doba použití:		Kdo použití prostředku navrhl	Kdo prostředek použil	Uživatel byl informován způsobem
	datum	hodina (od-do)			
slovní zklidnění					ústně
fyzické úchopy					piktogramem
MBP					volacím předmětem

Apl. psychofarmak lékařem:

Datum Čas Jméno lékaře

Přivolání policie

Datum, čas

Příloha č. 5 **Obrazová příloha ze života uživatelů Vincentina.**



1. Hipoterapie



2. Taneční vystoupení Divadelní Přerov 2009



3. Výlet za vojenskou posádkou Vyškov



4. Integrovaný tábor ve Vidnavě



5. Malování na hedvábí v textilní dílně



6. Keramická dílna



7. Turnaj ve stolním tenise Kyjov 2009



8. Běžecské lyžování v Krkonoších 2010



9. Canisterapie



10. Práce v aranžérské dílně



11. Svíčkařská dílna



12. Magnetoterapie

Příloha č. 6 Obrazová příloha nácviku šetrné sebeobrany.



1. Škrčení zezadu hákem v podání školitelů z APPRCH.



2. Předloktí a zápěstí uživatele a stáhneme dolů.



3. Ukročíme vnitřní nohou za uživatele na straně škrťící ruky.

Ohneme se v pase a natočíme obličejem k tělu uživatele.



4. Tlačíme na loket uživatele a pokusíme se protáhnout hlavu vzad jeho paží a tělem.



5. Školení nácviku šetrné sebeobranu zaměstnanců Vincentina. Práce s uživatelem, který stojí. Zaujmeme rozkročený postoj, nohy fixují pohyb nohou uživatele do stran.



6. Nácvik bezpečného pádu s uživatelem. Obouruč fixujeme paže uživatele, kopírujeme jeho pohyb směrem k zemi.