

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



**ANALÝZA VZTAHU ZAMĚSTNANCE A UŽIVATELE V DOMOVECH PRO
OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
V KONTEXTU ZEFEKTIVNĚNÍ TRANSFORMACE**

Disertační práce

Mgr. ELIŠKA ČERNÁ

Školitelé: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Olomouc 2014

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila pouze literaturu a zdroje uvedené v seznamu.

V Brně 6. 12. 2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji svému školiteli panu prof. PaedDr. Milanovi Valentovi, Ph.D. za odborné vedení práce a podporu při studiu.

Děkuji také účastníkům výzkumu.

Nemalé poděkování patří rodině a přátelům, především však, za podporu, trpělivost a kritické připomínky.

Největší dík patří paní doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za odborné vedení, podporu při studiu a obohacující roky spolupráce.

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Mentální postižení a mentální retardace.....	10
1.2 Modely mentální retardace	13
1.2.1 Limitační model – medicínský model mentální retardace	14
1.2.2 Model ústavní péče	15
1.2.3 Popisný model.....	15
1.2.4 Ekologický model mentální retardace.....	16
1.3 Výskyt osob s mentální retardací v populaci.....	17
1.4 Etiologie mentálního postižení	18
1.5 Symptomatologie mentálního postižení	21
1.6 Tradiční klasifikace mentální retardace.....	22
1.6.1 Lehká mentální retardace, IQ 69–50 (F70).....	23
1.6.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 50–35 (F71)	24
1.6.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)	26
1.6.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)	26
1.6.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace (F78, F79).....	27
1.6.6 Alternativní klasifikace mentální retardace	27
2 UŽIVATELÉ A ZAMĚSTNANCI V SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH	
30	
2.1 Uživatelé a klienti sociálních služeb	30
2.2 Zaměstnanci sociálních pobytových služeb	33
2.3 Vztahy uživatelů a zaměstnanců z pohledu odborné literatury.....	40
2.3.1 Moc ovlivňuje pomáhání.....	45
2.3.2 Hranice a profesionalita	46
2.4 Institucionální zařízení	48

2.4.1	Charakteristika a funkce ústavní péče.....	49
2.4.2	Rizika a problémy ústavní péče	53
3	POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	56
3.1	Počátky institucionalizované péče pro osoby s mentálním postižením od 19. století	56
3.2	Vývoj pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením od 2. poloviny 20. století.....	60
3.3	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	64
3.4	Chráněné bydlení.....	65
3.5	Podpora samostatného bydlení	70
4	TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB.....	74
4.1	Důvody transformace sociálních pobytových služeb	74
4.2	Transformace sociálních pobytových služeb	78
4.3	Deinstitutionalizace	80
4.4	Možné překážky a rizika transformace a deinstitutionalizace	82
4.5	Procesy přeměny v zahraničí.....	87
4.5.1	Deinstitutionalizace v U.S.A.	87
4.5.2	Deinstitutionalizace ve Velké Británii.....	89
4.5.3	Deinstitutionalizace ve Švédsku.....	90
4.5.4	Deinstitutionalizace ve Finsku	91
5	KVALITA ŽIVOTA A SPOKOJENOST	93
5.1	Vymezení kvality života.....	93
5.2	Indikátory hodnocení kvality života.....	94
5.3	Spokojenost	96
5.4	Měřitelnost spokojenosti	97
5.5	Dotazníky spokojenosti uživatelů v sociálních pobytových službách	98
	EMPIRICKÁ ČÁST	99
6	UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY	99

7	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	102
8	ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	103
8.1	Hlavní a dílčí cíle práce.....	103
8.2	Výzkumné otázky.....	103
8.3	Výzkumné hypotézy a předpoklady.....	104
9	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	106
10	METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT	109
10.1	Dotazník.....	109
10.2	Interview	111
11	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	114
11.1	Analýza výsledků kvantitativního výzkumu.....	114
11.2	Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat.....	131
11.3	Analýza výsledků kvalitativních dat.....	134
11.3.1	Kategorie	135
11.3.1.1	Kategorie vztah	136
11.3.1.2	Kategorie motivace	143
11.3.1.3	Kategorie oblasti zlepšení.....	147
11.3.1.4	Kategorie změny	151
11.3.1.5	Kategorie postoje pracovníka	155
11.3.1.6	Kategorie klienti	159
11.3.1.7	Kategorie překážky	162
11.3.1.8	Kategorie podmínky	165
11.4	Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat.....	169
12	DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	175
12.1	Doporučení pro praxi	177
	ZÁVĚR	181

Použitá a prostudovaná literatura a prameny	182
Seznam publikační činnosti autorky disertační práce	190
Anotace disertační práce	191
Summary	193
Zusammenfassung.....	194
Seznam zkratk	195
Seznam tabulek, schémat a grafů	196
Seznam příloh.....	198

ÚVOD

Zaměříme-li se na oblast pobytových sociálních služeb, setkáme se s aktuálním pojmem, jímž je transformace. Koncepce transformace pobytových sociálních služeb je dlouhodobý proces přeměny domovů, který by měl vést ke zkvalitnění života osob, žijících v ústavních zařízeních. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV, 2007, s. 3) je *transformace cestou přirozeného vývoje, vycházejícího z požadavku odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů.*

Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb (MPSV, 2007). V České republice byla transformace plánována na období let 2007 až 2013, na tuto etapu od června 2013 navazuje další projekt transformace, který by měl být ukončen v roce 2015. Prakticky jde však o mnohem dlouhodobější proces, který může trvat i desítky let (Johnová, 2008).

Jak již ukázaly zkušenosti ze zahraničí, ne všechny pokusy vedoucí ke změně byly úspěšné. Kupříkladu v 60. letech minulého století došlo ve Spojených státech k uzavírání ústavů. Tento pokus se však setkal s velkou kritikou, neboť neexistovala náhradní zařízení, která by poskytovala podporu lidem s postižením. Proces přeměny byl pro tyto kardinální nedostatky pozastaven (Grunewald, 2003).

Příklady úspěšné praxe můžeme sledovat v evropských severských státech, jako je například Švédsko, kde k rušení domovů přistoupili v roce 1985. Tomuto na první pohled drastickému kroku však předcházelo legislativní ustanovení. Z předchozího vyplývá, že proces transformace je velmi náročný a je třeba nastolit důkladnou koncepci, aby proces transformace nebyl jen cílem, ale prostředkem k naplnění cílů v podobě života osob se zdravotním postižením v přirozené komunitě.

V současné době se v souvislosti s transformací pobytových sociálních služeb hovoří především o změně systému, deinstitucionalizaci apod. Nezapomínejme však na osoby, které systém vytváří a podporují, a těmi jsou právě zaměstnanci domovů, a to jak vedení, tak pracovníci přímé péče.

Existuje spousta faktorů ovlivňujících pracovníky domovů. Z historického hlediska to může být 40 let totalitní éry, z čehož pochází hluboce zakořeněné přístupy, jež jsou někdy označovány jako segregační (Michalík, Valenta, 2006). Přestože toto období můžeme již skoro 25 let označovat za minulé, v praxi se nadále setkáváme s některými přežitky.

Za další aspekty působící na vztah uživatele a zaměstnance můžeme považovat sociokulturní podmínky, vztahy v pracovním kolektivu, vliv instituce apod. Výše uvedené vlivy vycházejí zatím jen z našich předpokladů. Jaké faktory však skutečně působí na vztah zaměstnance k uživateli, jehož by měl podporovat v procesu transformace?

Těmto otázkám se věnuje tato disertační práce, jejímž cílem je analýza vztahů mezi uživateli a zaměstnanci, ale i působení instituce, jež řídí činnost pracovníků přímé péče. Absenci výzkumů v této oblasti shledává nejen autorka, ale i odborníci z jiných oborů, jako je například psychiatrie. Toto tvrzení lze podpořit následujícím konstatováním: „Stálo by za to zabývat se více tím, jak je nazírán člověk ve stavu fungování běžně zvaném mentální retardace pracovníky našich ústavů a zda si svůj model nazírání vůbec mají potřebu definovat“ (Petišková, 2007, s. 8).

Disertační práce sestává ze dvou částí: teoretické a empirické. V teoretické části práce se autorka zaměřuje na vymezení pojmů „mentální postižení“ a „mentální retardace“, tedy diagnózy uživatelů sociálních pobytových služeb, kteří jsou předmětem zájmu empirického šetření. Součástí teoretické platformy bylo popsat systém institucí určených osobám s mentálním postižením, včetně jejich legislativního zakotvení, ale i aktuálně probíhající proces změn, související s procesem transformace sociálních pobytových služeb a deinstitucionalizace v ČR a zahraničí. Závěrečnou kapitolu teoretické části tvoří kvalita života a především spokojenost.

Součástí empirické části práce je charakteristika výzkumu, neboť byla vybrána kombinace výzkumných metod. Kvantitativní šetření vychází ze zjišťování spokojenosti uživatelů dlouhodobě žijících v pobytových zařízeních. Pohled na spokojenost klientů s bydlením je zjišťován i z perspektivy pracovníků, neboť lze předpokládat, že se proces transformace může odrážet na spokojenosti klientů. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na vztahy mezi klienty a zaměstnanci, a zároveň na faktory, které na ně působí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V první kapitole budou vymezeny termíny mentální retardace a mentální postižení, které se pojí k jedné z našich cílových skupin respondentů – uživatelů pobytových sociálních služeb. Cílem je definovat základní pojmy, vztahující se k dané problematice, seznámit se s odbornou terminologií, která bývá mnohdy nejednotná a popsat některé modely vztahující se k oblasti mentální retardace. Další podkapitoly se zabývají etiologií a symptomatologií mentálního postižení nebo četností výskytu v populaci. V závěru kapitoly je uvedena základní klasifikace a deskripce konkrétních stupňů mentálního postižení.

1.1 Mentální postižení a mentální retardace

S neustálým vývojem vědních disciplín dochází i k vývoji a změnám v terminologii. Pojem „mentální postižení“ je v současné době na pomyslném konci řetězce, kterému předcházely pojmy jako oligofrenie, demence, zaostalost duševního vývoje, mentální defekt, mentální abnormalita, slabomyslnost, rozumová či duševní vada, úchylný jedinec apod.¹ V současné odborné literatuře však kromě termínu „osoba s mentálním postižením“ nacházíme i pojem „mentální retardace“. Někteří autoři uvádějí tyto pojmy jako synonyma, jiní se přiklánějí k jejich diferenciaci, neboť považují pojem „mentální postižení“ za významově širší nežli „mentální retardace“. Valenta (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 30) s tímto tvrzením rovněž souhlasí a dodává: *Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability², které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.*

Naproti tomu Černá označuje termíny „jedinec s mentální retardací“ a „jedinec s mentálním postižením“ za synonyma. *Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace* (Černá, 2008, s. 75).

¹Většina těchto pojmů získala postupem času pejorativní nádech, jenž vedl ke změnám názvosloví.

²Jsou zde zařazeny i osoby s IQ nižším než 85 na rozdíl od mentální retardace s IQ pod 70 (Vašek a kol. Výkladový slovník, Speciální pedagogika, 1994).

Termín mentální retardace³ se v širším rozsahu začal používat v roce 1959 po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně a pozvolna nahrazoval řadu dřívějších pojmů (např. oligofrenie, duševní zaostalost, slabomyslnost, slaboduchost, rozumový defekt apod.). V České republice se pojem mentální retardace začal oficiálně používat od 1. 1. 1993, a to v souladu s desátou revizí Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě v roce 1992 (Vítková, 2004).

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje mentální retardaci jako stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné (MKN-10 in Valenta, Müller, 2013, s. 12).

„Mentální retardace“ je stále hojně užívaným termínem, přestože je v odborné literatuře možné sledovat postupnou tendenci k používání pojmu „mentální postižení“. V anglosaských zemích se pak setkáváme s pojmem *learning disability* (potíže v učení) a ve Spojených státech je preferovaným výrazem *intellectual disability* (intelektová disabilita či mentální postižení).

Důkazem postupného obměňování terminologie je i *Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení* (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD), která se dříve nazývala Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation – AAMR). Asociace nahrazuje pojem „mentální retardace“ nejen ve svém názvu, ale i ve své definici, a to označením *intelektová disabilita*. Ta je charakterizována výrazným omezením intelektových funkcí a adaptačního chování, které se projevují každodenních sociálních i praktických dovednostech, ale i ve

³ Pojem *mentální retardace* je odvozený z latinského slova *mens*– mysl, rozum a *retardatio*– zdržovat, zaostávat, opožďovat (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

schopnosti abstraktního myšlení, přičemž toto postižení vzniká před dosažením 18. roku života.⁴ (AAIDD, 2014)

AAIDD dodává, že je nezbytné při stanovení diagnózy zohlednit následující kritéria:

- Jedinec by měl být posuzován v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu.
- V úvahu se bere i jazyková a kulturní rozmanitost včetně individuálních rozdílů v komunikaci, chování, vnímání a pohybových možnostech.
- Nacházet kromě individuálních omezení jedince i jeho silné stránky osobnosti.
- Hlavním cílem zjišťování limitů jedince je především vypracování plánu potřebné podpory.
- Prostřednictvím vhodné individuální podpory dojít po určité době ke zlepšení kvality života člověka s mentálním postižením. (Šiška, 2005)

Určitá podobnost s výše uvedeným vymezením je patrná i v následující definici dle Thimma (1999 in Petišková, 2007, s. 5), která se věnuje především postavení osob s mentálním postižením ve společnosti a limitům, které vycházejí z nazírání většinové společnosti na jedince s mentálním postižením a jeho vychýlení se od normy. Nezdůrazňuje tolik medicínský přístup, jako např. MKN, ale spíše to, jak je jedinec většinovou společností handicapován.

„Mentální postižení jednotlivého člověka je chápáno jako komplexní stav, který se vlivem rozmanitých sociálních faktorů vyvíjí z medicínsky popsatelné poruchy. Diagnostikovatelná pre-, peri- a postnatální poškození nevypovídají o mentálním postižení jednotlivého člověka. To je určeno víceméně vzájemnou výměnou mezi jeho potenciálními schopnostmi a nároky jeho konkrétního okolí. Postižení, tedy také mentální postižení, je v chápání autora společenským popisem situace na základě domnělých nebo prokázaných funkčních omezení v porovnání s funkcemi, které společnost vnímá jako důležité.

Různorodost pohledů na mentální postižení je poměrně široké, několik hledisek předkládá i Slowík (2007, s. 110):

⁴Zde je možné sledovat rozlišnou dobu vzniku mentálního postižení, kdy se evropští autoři přiklánějí k názoru, že ke vzniku mentální retardace může dojít nejpозději do 2–3 let života.

- přístup biologický: postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku,
- přístup psychologický: primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě),
- přístup sociální: postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci,
- přístup pedagogický: snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů,
- přístup právní: snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Preferencí autorky je používání pojmu „mentální postižení“, přesto bude v textu uváděn i pojem „mentální retardace“, a to s ohledem na citace jednotlivých autorů. Pro hlubší pochopení uváděné problematiky jsou předkládány modely mentální retardace.

1.2 Modely mentální retardace

Následující část je věnována modelům mentální retardace, jež můžeme charakterizovat jako způsoby nazírání na člověka s mentálním postižením. Model v této souvislosti *představuje určité zjednodušení pozorované skutečnosti a slouží nám k jejímu pochopení výkladu a orientaci* (Lečbych, 2006, s. 8).

Černá (2009) rozlišuje definice a tedy i pohled na osoby s mentálním postižením do několika skupin podle stanovení charakteristického kritéria na:

- a) definice zaměřující se na pásmo inteligence
- b) definice zdůrazňující biologické faktory
- c) definice s důrazem na sociální faktory
- d) definice zohledňující více hledisek.

Podle Lečbycha (2012) je možné, vzhledem k integračním a inkluzivním tendencím, které se týkají začlenění lidí s mentální retardací do běžné společnosti, odlišovat následující základní pohledy, respektive modely mentální retardace.

1.2.1 Limitační model – medicínský model mentální retardace

Prvním z těchto modelů je limitační čili medicínský model. Osoby s mentální retardací popisuje z hlediska podprůměrného intelektu a nedostatečného adaptačního chování (Lečbych, 2005). Následná diagnostika stupně mentální retardace probíhá prostřednictvím měření testu inteligence a posuzování adaptivního chování vzhledem k prostředí. Na základě dosažených bodů je pak jedinec zařazen do dané kategorie. Hraničním pásmem se stává IQ pod 70 bodů (Švarcová, 2011).

Tento tradiční model je zakořeněn ve zdravotnictví a rozvíjí se již od počátku minulého století. Vychází z lékařsko-legislativních názorů, podle kterých jsou osoby s mentální retardací celoživotně nedostatečné a společensky závislé na ostatních lidech (Dolejší, 1983).

Limitačnímu modelu odpovídá i definice Rabocha a Pavlovského (2001 in Petišková, 2007, s. 4), kteří uvádějí, že mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušením vývoje celé osobnosti a společenskou nedostatečností od počátku duševního vývoje. Díky genetickému a organickému poškození nebo souhrnu sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence a jsou přítomny poruchy schopnosti abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti a motivace, chápání a orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky. Porucha svou vážností zasahuje nejen do oblasti medicíny, ale ve svém důsledku hlavně do oblasti sociální. Není to jen otázka sníženého IQ, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování. Mentální retardace je problémem multidisciplinárním.

Nevýhodou tohoto modelu je důraz na vymezení limitů osob s mentální retardací, jejich nedostatků a zpomalení. S tím souvisí i přirovnávání lidí, dospělých osob, k dětem určitého věku⁵. Podle Lečbycha (2008) tato tvrzení potlačují do pozadí vývojové potřeby jedince, které jsou pak víceméně ignorovány.

Velmi často se setkáváme s litujícím přístupem k těmto osobám, ten pak bohužel může vést až k choulostivému opečovávání, s čímž může být do jisté míry spjatá následná

⁵Např. můžeme se setkat s vyjádřením, že dospělá osoba s těžkým mentálním postižením je na úrovni šestiletého dítěte. Dospělý člověk s postižením má však stejné potřeby jako intaktní jedinec (např. sexuální potřeby) a nelze ho tedy přirovnávat k šestiletému dítěti.

nesamostatnost dospělého člověka s mentálním postižením i v jednoduchých úkonech (Černá, 2008).

1.2.2 Model ústavní péče

Podle Lečbycha (in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012) je tento model filozoficky blízký medicínskému modelu a patří mezi další, relativně tradiční nazírání na osoby s mentálním postižením. Vznik tohoto uvažování se historicky odvíjí od rozvoje špitálů, nalezinců a chudobinců, jež dávaly lidem s postižením určitou naději na důstojnější existenci, než byl život na ulici. Dominantním motivem tohoto modelu je především soucit ke znevýhodněným osobám. Zároveň se předpokládá, že je osobám nutno poskytnout komplexní péči. *Soucit je zde chápán jako komponenta altruistického chování, jehož cílem je chránit lidi s mentální retardací před neúspěchem a ponížením, které by na ně mohlo čekat ve světě majoritní společnosti* (s. 37, tamtéž). Institucionální zakotvení a preference chráněného prostředí tohoto modelu spočívalo v minulosti v ústavech sociální péče, dnes je realizován v různých formách domovů pro osoby s postižením, chráněných domovů a pracovišť. (Lečbych, 2012)

Předností modelu je bezesporu to, že lidem poskytuje péči ve chvíli, kdy byli z jakýchkoli důvodů v podstatě vyloučeni z rodiny nebo komunity. Instituce vytváří podmínky pro uspokojování potřeb, a to i jedincům s vysokou mírou podpory, kteří vyžadují celodenní péči. Naopak pro osoby s méně závažným postižením může být komplexní péče zároveň i největším rizikem modelu, neboť mnohdy posiluje závislost člověka s mentálním postižením na druhých lidech a může tak omezovat jeho iniciativu. Další úskalí spočívá v izolovanosti zařízení přispívající ke stigmatizaci osob s mentálním postižením, což následně vede ke snižování sebedůvěry a bývá spojeno s dalšími negativními jevy vycházející z kolektivní výchovy v neosobním prostředí, jako je deprivace, nedostatek naplňování vývojových potřeb apod. (Lečbych, 2012)

1.2.3 Popisný model

Popisný model mentální retardace je charakteristický tím, že se snaží předcházet negativním vlivům vyplývajících z diagnóz. Lidé s mentálním postižením jsou jimi stigmatizováni, dochází ke zjednodušenému vnímání člověka s postižením a k vytváření předsudků. Tento jev se nazývá nálepkování – *labeling* (Lečbych, 2005).

Různé organizace a skupiny lidí, které se ztotožňují s tímto modelem, se snaží vyhýbat užívání pojmu „mentálně retardovaní“⁶, jestliže však toto označení mají použít, nahradí pojem „osoba s mentální retardací či s mentálním postižením“. Snaží se tak vyjádřit, že na prvním místě je člověk, a pak až jeho postižení (Kozáková, 2004). V současné době mají některé organizace tendenci nahradit termín „mentální retardace“, zástupným termínem užívaným zejména v anglosaských zemích, a to *learning disability* nebo *learning difficulty*. Takzvaná nepružnost učení nebo potíže v učení by měla zastřešovat a snažit se o konkrétní, věcný popis mentální retardace v běžném životě (Lečbych, 2006).

Pozitivní vliv tohoto modelu spočívá v boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentálním postižením, využitelnost je však omezená. Ke slabším stránkám tohoto modelu patří označení „lidé se speciálními potřebami“, což implikuje, že mají „odlišné“ potřeby než zbytek společnosti (Lečbych, 2005).

1.2.4 Ekologický model mentální retardace

Posledním uváděným modelem je model ekologický, který se asi v největší míře usiluje o integraci osob s postižením do běžné společnosti. Podle Americké Asociace pro intelektová a vývojová znevýhodnění (AAIDD, 2009) není mentální retardace absolutní znak, ale jde o dynamickou interakci mezi jedincem a prostředím, v němž se pohybuje.

Huang (1997 in Lečbych, 2012) popisuje tři základní pilíře, které jsou důležité pro pochopení konkrétního člověka s mentální retardací. Prvním pilířem jsou možnosti – *kompetence* (competence), které popisují, co člověk s mentální retardací umí, jaké jsou jeho dovednosti a jaké jsou možnosti jeho budoucího rozvoje. Pozitivní je hodnocení silných stránek jedince a určitý odhad možností v jeho rozvoji.

Dalším pilířem je *prostředí* (environment), které je determinujícím faktorem v životě člověka s mentálním postižením, neboť se od něj odvíjí podmínky k učení, setkávání se s lidmi a možnost pracovního uplatnění.

Fungování (functioning), jako třetí pilíř, se odvíjí od stupně podpory, kterou potřebuje člověk s mentálním postižením na to, aby mohl v prostředí spokojeně žít a tedy „fungovat“. Součástí tohoto pilíře je rozlišení čtyř základních stupňů podpory, a to občasná, omezená, rozsáhlá a pervazivní (všeprostupující) podpora. Tyto stupně striktně

⁶Např. v knize S. Langer z roku 1994 je možné najít popisek k obrázku: Kresba devítileté debilní dívky.

neodpovídají klasifikaci mentální retardace vycházející z limitačního modelu (lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace), spíše se ji snaží nahradit. Příkladem může být člověk s mírným postižením intelektu, který může dočasně potřebovat větší míru podpory při svém zapojení do náročnější činnosti než člověk s těžším postižením intelektu, jenž se dokázal rychleji adaptovat na jednoduchou pracovní činnost. (Lečbych, 2008)

Vzhledem k faktoru lidského vývoje a schopnosti učit se a osvojovat si nové dovednosti, je také vhodné navrhnout do tohoto modelu ještě čtvrtý pilíř – čas, který bychom mohli definovat jako období, po které je určitý stupeň podpory poskytován (Lečbych, 2005, s. 34).

Předností tohoto modelu je nazírání na člověka jako na konkrétní osobu. Nesnaží se ho zařadit do nějaké kategorie osob, které mají podobné znaky. Dívá se na člověka jako na individuum (Černá, 2009). Popisuje konkrétní schopnosti a dovednosti osob se zdravotním postižením, prostředí a míru podpory, která bude potřebná k jeho zapojení do každodenních činností a v neposlední řadě čas, jež bude nutný k těmto změnám.

1.3 Výskyt osob s mentální retardací v populaci

Četnost výskytu osob s mentálním postižením je v literatuře uváděna mezi 3 a 4 %. Organizace spojených národů (OSN) pro výchovu vědu a kulturu a Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí výskyt osob s mentální retardací 3,15 % (Pipeková et al., 2010). Švarcová (2011) uvádí, že skupina osob s mentálním postižením je jednou z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Počet osob s mentální retardací celosvětově, ale i u nás, stále stoupá, což je vysvětlováno lepší evidencí, přestože z důvodu lékařského tajemství není úplně přesná. Národní rada pro zdravotně postižené (2004) uvádí, že se v České republice vyskytuje 294 231 osob s mentálním postižením.

Podle Vágnerové (2008) se četnost výskytu osob s mentálním postižením pohybuje přibližně kolem 3 %. Přičemž zhruba 2,6 % tvoří osoby v pásmu lehké mentální retardace a lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je v populaci zastoupeno 0,1–0,2 % (Švarcová, 2006). Chlapci i dívky bývají postiženi přibližně stejnou měrou, občas se však uvádí o něco vyšší četnost výskytu mentální retardace u dětí mužského pohlaví (Köhler, 1999).

Valenta, Müller (2013) uvádějí zhruba 4% výskyt mentálního postižení v populaci, s odůvodněním jistého nárůstu oproti minulosti. Jednou z možných příčinnárůstu by mohla být kvalitnější lékařská péče, především v oblasti neonatologie a pediatrie, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky kvalitnější péči a moderním technologiím jsou schopny přežít i ty děti, které by v minulosti pravděpodobně nezůstaly na živu.

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, o. s., ve své publikaci *I my jsme občané!* (2010), zveřejňuje, s odkazem na výsledky Českého statistického úřadu z roku 2007, kdy proběhlo výběrové šetření u zdravotně postižených osob, že na našem území žije asi 107 000 lidí s mentálním postižením, což odpovídá 1% z celkové populace.

1.4 Etiologie mentálního postižení

Etiologie mentální retardace je velmi variabilní a komplikovaná, a to nejen vzhledem k množství možných exogenních či endogenních⁷ vlivů ohrožujících zdravý růst plodu, ale i k řadě dalších onemocnění, infekcí, úrazů, tzv. biologických faktorů či defektů působících na rozvoj jedince v pozdější době, prakticky po celý život. Svou roli zde hraje i hereditární zátěž (dědičnost), poruchy chromozomální či metabolické. (Černá, 2008)

I přes veškeré pokroky moderní medicíny a zpřesňující se možnosti diagnostiky mentální retardace zůstává mnoho příčin vzniku postižení dosud neznámých. Podle Švarcové (2006) existuje až 80 % případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, jejichž příčina je neznámá. Naproti tomu u osob s těžším postižením Raboch a Zvolský (2001, s. 346) uvádějí, že *čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze najít biologickou příčinu a tím častěji se lze setkat s nedostatečným nebo abnormálním tělesným vývojem a degenerativními stigmaty*⁸.

S přihlédnutím k časovému hledisku se příčiny mentální retardace rozdělují na prenatální, perinatální a postnatální, mnohdy se však vlivy na vznik postižení vzájemně překrývají. Obecně je možné konstatovat nárůst organické etiologie s patologicko-anatomickým nálezem v oblasti CNS⁸ u středně těžké mentální retardace, tento trend lze však

⁷Endogenní (vnitřní) příčiny jsou zakódovány již v systému buněk, jedná se tedy o příčiny genetické. Exogenní (vnější) činitelé mohou způsobit mentální retardaci v průběhu celé gravidity až do raného dětství.

⁸CNS – centrální nervová soustava

zaznamenat i v případě lehké mentální retardace (Valenta, Müller in Valenta, Lečbych, Michalík, 2012). Výše zmínění autoři rozdělují vlivy na vznik mentálního postižení do třech životních období následujícím způsobem (srov. AAMR, 2002):

1. Prenatální období (vývoj plodu v těle matky):

- dědičné faktory (hereditární) – patří sem geneticky podmíněné poruchy, především metabolické (např. fenylketonurie, galaktosémie, homocystineurie apod.),
- specifické genetické poruchy (Downův syndrom, Klinefelterův syndrom, Edwardsův syndrom apod.),
- infekce matky (zarděnky, toxoplazmóza, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis, neštovice, chřipka, listerióza, Rh inkompatibilita),
- další faktory:
 - vnější patogenní činitele (např. rentgenové záření, nevhodné léky, chemikálie, drogy, alkohol);
 - choroby jako je diabetes melitus, onemocnění štítné žlázy, anémie, nedonošenost či prodloužená gravidita
- neznámé (anencefalie, hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus).

2. Perinatální období (období během porodu a krátce po něm):

- mechanické poškození mozku a nedostatek kyslíku (novorozenecká hypoxie),
- překotný nebo protrahovaný porod,
- nedonošenost a nízká porodní váha,
- nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka.

3. Postnatální období (období po porodu a pokračující v průběhu života):

- traumata zasahující centrální nervovou soustavu,
- specifické infekce a záněty mozku (encefalitidy primární i sekundární, meningitida),
- krvácení do mozku (vlivem prasknutí mozkové cévy),
- nádorová onemocnění způsobující mozkové léze,

- faktory prostředí (špatné zacházení či zanedbávání dítěte, podvýživa, vliv tzv. sociálních faktorů, zejména deprivace⁹).

Švarcová (2011, s. 61) rozděluje etiologii mentálního postižení podle následujících faktorů:

- Následky infekcí a intoxikací:
 - prenatální infekce (např. toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis),
 - postnatální infekce (např. zánět mozku),
 - intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem).
- Následek úrazu nebo fyzikálních vlivů:
 - mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
 - postnatální poranění mozku poranění mozku nebo hypoxie.
- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenyلكetonurie, glykogenózy a další).
- Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou),
- Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).
- Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).
- Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů).
- Vážné duševní poruchy.
- Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).

Zvolský (1996 in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 28–29) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace:

- *Dědičnost – intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí průměrného intelektového nadání rodičů* (s. 28, tamtéž). Vlivy rodinného prostředí a zděděná inteligence bývají mnohdy příčinou lehké mentální retardace. Zřídka se vyskytují metabolické poruchy a jiné abnormality.
- *Sociální faktory* – snížení intelektu je zapříčiněno sociokulturní deprivací v rodinách nebo vlivem institucionální výchovy. Za nevyhovující sociální faktory

⁹Jedná se o dlouhodobé nenaplnění některé ze základních lidských potřeb (v ústavní výchově či rodině). *Lehká mentální retardace se tedy stává etiologickou kombinací organicity (v části případů), dědičnosti a vnějších sociokulturních podmínek* (Valenta, Müller in Valenta, Lečbych, Michalík, 2012, s. 61)

je považována nevhodná výchova a nestabilní rodinnými vztahy, případně také špatné materiální a bytové podmínky. Tyto faktory bývají většinou příčinou lehké mentální retardace.

- *Další environmentální faktory* – zahrnují různá onemocnění matky během těhotenství, ale i špatnou výživu, porodní traumata, dále infekční onemocnění dítěte v novorozeneckém období, špatnou výživu kojence, úrazy hlavy apod. Výše uvedení činitelé bývají příčinou lehké i těžší mentální retardace.
- *Specifické genetické příčiny* – *dominantně podmíněné, recesivně podmíněné, podmíněné poruchou sex chromozomů, podmíněné chromozomálními aberacemi* (s. 29).
- *Nespecificky podmíněné poruchy* – v případě, že nebyla objevena chromozomální ani metabolická vada, nedošlo k traumatu během porodu ani k jinému poškození plodu či novorozence. Takto neobjasněných příčin mentální retardace se týká asi 15 až 30 % případů.

1.5 Symptomatologie mentálního postižení

Charakterizovat osoby s mentálním postižením jako celek, tedy jako specifickou populaci, je velice obtížné z mnoha důvodů. Především proto, že tito *jedinci netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem vystihnout* (Švarcová, 2006, s. 35).

Každý jedinec s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u výrazné části z nich projevují určité společné znaky, které se odráží v jejich psychických procesech, především v oblasti myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, ale i emocionality a volných vlastnostech. Ty jsou do značné míry závislé na hloubce a rozsahu postižení, na věku jedince, ale i na míře podnětnosti sociálního prostředí, v němž jedinec žije. (Černá, 2008)

Dolejší (1973 in Valenta, Müller, 2004, s. 39) uvádí následující možné determinanty, které se mohou vyskytovat v nejrůznější variabilitě a hierarchii:

- *zvýšená závislost na rodičích,*
- *infantilnost osobnosti,*
- *sugestibilita a rigidita chování,*
- *malá přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům,*

- *pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím,*
- *nerovnováha aspirace a výkonu,*
- *zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,*
- *hyperaktivita nebo hypoaktivita,*
- *citová vzrušivost a impulsivnost,*
- *nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „Já“,*
- *opoždění psychosexuálního vývoje,*
- *pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím,*
- *porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace,*
- *snížená mechanická a logická paměť,*
- *ulpívání na detailech,*
- *malá srovnávací schopnost,*
- *těková pozornost,*
- *zpomalená chápavost.*

Další obecné znaky potenciálních projevů osob s mentálním postižením uvádí Vágnerová (2008):

- *zkreslené sebehodnocení; preference známějšího prostředí a stereotypů,*
- *obtížnější orientace v běžném prostředí,*
- *mechanický způsob učení, které je mnohdy nevyužitelné v praxi (nepochopení rozdílů mezi různými situacemi), podmíněno (motivováno) emočně, nikoliv kognitivně,*
- *poruchy řeči charakteru obsahového i formálního – méně přesná výslovnost, agramatismy,*
- *jednoduchost ve verbálním vyjadřování.*

1.6 Tradiční klasifikace mentální retardace

Mezinárodní klasifikace nemocí (WHO, 10. revize) rozlišuje jednotlivé stupně mentální retardace podle hodnot inteligenčního kvocientu (IQ). Obecné definice pak chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Zjištěná hodnota inteligenčního kvocientu nám do jisté míry nabízí relativně objektivní posouzení rozumových schopností, na druhou stranu však poskytuje informace jen o nedostatcích na rozumové úrovni (výkonu) jedince bez zdůraznění jeho

ostatních schopností či silných stránek. *Číselné hodnoty IQ je nutné pojímat jen jako orientační vodítka s vědomím, že vyšetřením nikdy nezískáme přesnou hodnotu IQ. Rozhodující pro určení pásma retardace musí být vždy především kvalita zvládnutí životních nároků člověka v jeho prostředí* (Řičan, Krejčířová a kol., 1997, s. 151).

Valenta (in Šiška, 2005) uvádí, že pro život nejen člověka s mentálním postižením je důležité i hledisko praktické a tvůrčí, či takzvaná emocionální inteligence. Tzv. „nevýkonové“ složky zahrnují sebeuvědomění, vnitřní motivaci, vytrvalost, regulaci nálad, kontrolu impulzů, empatii, naději nebo optimismus (Ruisel in Švarcová, 2006). Pro posuzování schopností a kvalit člověka s mentálním postižením by výsledná hodnota IQ měla spíše představovat orientační, nikoliv však zásadní kritérium.

Klasifikace mentálního postižení a její dělení na jednotlivé stupně mentální retardace nalezneme pod duševními poruchami a kódováním písmenem F7, kdy písmeno označuje obor psychiatrie, kam mentální retardace spadá. Mentální retardace je pak uvedena v oddílu F70–F79 a dále pak členěna dle jednotlivých stupňů (MKN–10, 2006). Následující podrobné členění na čtvrtém místě 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 chování

K vyznačení přidružených stavů, jako je autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování anebo závažné tělesné postižení, lze užít dodatkový kód. (MKN, 2006, s. 236)

1.6.1 Lehká mentální retardace, IQ 69–50 (F70)

U takto postižených osob se v dětství velmi často setkáváme s opožděným vývojem řeči. Ta se pak v dospělosti projevuje chudší slovní zásobou. Přesto jsou tyto lidé schopni udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview (Švarcová, 2006).

Hlavní problémy se však objevují až s nástupem do školy, kde se u nich vyskytují specifické problémy ve čtení, psaní a počítání. Při výchově a vzdělávání je tedy vhodné se zaměřit na rozvoj dovedností (Valenta, Müller, 2009).

Osoby s lehkým stupněm mentální retardace bývají plně nezávislé v sebeobsluze a v dospělosti většinou vykonávají méně kvalifikovaná povolání zaměřená spíše na praktické schopnosti (Švarcová, 2011).

Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen se vyrovnat s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení se odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. (Švarcová, 2011, s. 34).

V různé míře se u těchto osob můžou projevit i chorobné stavy jako je autismus¹⁰ a jiné vývojové poruchy, dále pak epilepsie, poruchy chování¹¹ nebo tělesné postižení.

1.6.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 50–35 (F71)

Myšlení a řeč jsou u osob se středně těžkou mentální retardací celkově omezené. Výraznější absence je možné sledovat i v hrubé motorice a v sebeobsluze (Valenta, Müller, 2004).

Bývá diagnostikována již v kojeneckém nebo batolecím období, kdy je znatelná v opožděném motorickém vývoji dítěte. V průběhu dětství si tyto jedinci osvojí slovní zásobu nutnou k dorozumění a konverzaci. Úroveň řeči však bývá individuální. Vyjadřují se prostřednictvím vět, jednoslovných pojmenování nebo používáním gest. Podle Vágnerové (2008) je verbální projev osob se středně těžkou mentální retardací chudý, agramatický a velmi často i špatně artikulovaný. Janovcová (2004) navrhuje takto postižených osob využít prvky alternativní a augmentativní komunikace, zejména pak komunikace rozšiřující, tedy augmentativní.

Děti s tímto stupněm postižení většinou absolvují základní školu speciální, kdy si při kvalifikovaném pedagogickém vedení mohou osvojit základy čtení, psaní a počítání, avšak není tomu tak u všech. V každém případě speciální vzdělávací programy poskytují dětem

¹⁰Mentální retardace u osob s autismem je považována za symptom, ne za příčinu. Uvádí se, že až ¾ dětí s autismem má poruchu kombinovanou s mentální retardací (Valenta, Müller, 2004).

¹¹Mezi poruchy chování řadíme hyperkinetické poruchy, emoční poruchy, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy apod. (Valenta, Müller, 2004).

možnost rozvíjet omezený potenciál a získání základních vědomostí a dovedností (Černá, 2008).

Lidé se středně těžkým stupněm mentální retardace jsou v dospělosti obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci v případě přesné strukturace úkolů a zajištění odborného dohledu. Mohou být proto zapojeni do programu podporovaného zaměstnávání (Lečbých, 2008).

Zřídka jsou schopni žít úplně samostatně, proto mají možnost využívat službu chráněného bydlení s asistencí (mnohdy není nutná celodenní podpora) za vhodně upravených vnějších podmínek (Vágnerová, 2003b).

U osob se středně těžkou mentální retardací často bývají velké rozdíly v povaze schopností. Někteří dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkolech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně motoricky neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace (Švarcová, 2011). Rozvoj schopnosti péče o sebe často závisí i na míře podnětů. Určitá část jedinců však potřebuje nutnou každodenní podporu po celý život.

Organickou etiologii lze zjistit u většiny takto postižených jedinců (Valenta, Müller, 2009). Mezi nejčastější diagnózy patří dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy¹², které výrazně ovlivňují klinický obraz a cesty, jak s postiženým jednat. Často je také středně těžká mentální retardace spojena s dětskou mozkovou obrnou, která se projeví zpravidla před 3. rokem věku dítěte (Živný, 2006). Z přidružených neurologických onemocnění můžeme ještě jmenovat epilepsii, popřípadě psychiatrická onemocnění, která se vzhledem k omezené verbální schopnosti obtížně diagnostikují.

Franiok (2005, s. 38) uzavírá problematiku osob se středně těžkou mentální retardací, dalo by se říct výzvou směrem k intaktní společnosti, slovy: *Právě dětem a dospělým osobám se středním stupněm mentálního postižení by se mělo dostat ze strany naší společnosti nejvíce pozornosti, protože v minulosti byli tito jedinci značně opomíjenou skupinou mentálně postižených. Zejména pokud jde o jejich alespoň částečnou integraci do sociálního*

¹²Mezi pervazivní vývojové poruchy řadíme kromě dětského autismu i Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a jiné dezintegrační poruchy (ty se vyznačují obdobím normálního vývoje, které se střídá se ztrátou získaných dovedností, popřípadě může opět dojít k částečné obnově těchto funkcí), (Valenta, Müller, 2004).

prostředí, eventuálně prostředí pracovního (pokud toho jsou schopni) tak, aby mohli rozvinout svou potenciální kapacitu třeba později v dospělém věku.

1.6.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

V některých ohledech, jako je klinický obraz, přítomnost organické etiologie nebo přidružené stavy, se toto postižení podobá středně těžké mentální retardaci. Snížení úrovně schopností je však mnohem výraznější. (Švarcová, 2011)

Většina osob s těžkou mentální retardací je výrazně opožděna v psychomotorickém vývoji. Často se jedná o postižení kombinovaná s příznaky celkového poškození CNS (Valenta, Müller, 2013). Vyskytují se však i poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, afektů, agrese a sebepoškozování (Vágnerová, 2003b).

Takto postižení lidé si v průběhu života osvojí většinou jen několik slov, kterými se dorozumívají. Podle Švarcové (2011) se podpora soustřeďuje na základní sebeobsluhu a zvládnutí komunikace. Systematická podpora, kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče, cílená stimulace a emoční podpora má pak zřetelný efekt, neboť může přinést rozvoj komunikačních dovedností, motoriky a rozumových schopností. Tím lze omezit nepatřičné chování (Pipeková et al., 2010).

Schopnosti a možnosti jedince jsou však velmi často limitovány i dalším přidruženým postižením – smyslové, poruchy autistického spektra či poruchy chování (tamtéž). V dospělosti jsou jedinci s těžkou mentální retardací schopni chápat jen základní vztahy a jsou plně závislí na jiných osobách (Vágnerová, 2008).

Pipeková et. al. (2010) dodává možnost dosáhnout zkvalitnění života a to díky dlouhodobé a systematické péči a podpoře ze strany druhé osoby. Vzdělávání probíhá podle odpovídajícího vzdělávacího programu na základní škole speciální.

Co se týká podpory komunikace, využívá se u takto postižených osob prvků alternativní a augmentativní komunikace. V tomto případě však převažují systémy alternativní, čili náhradní komunikace (Janovcová, 2004).

1.6.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

U těchto jedinců je nutná trvalá péče, a to i v *nejzákladnějších životních úkonech* (Valenta, Müller, 2009, s. 45). Lidé s hlubokou mentální retardací jsou omezeni ve své schopnosti

porozumět požadavkům či instrukcím, nebo jim vyhovět. K deficitu intelektových schopností totiž bývá často přidruženo i senzorní postižení spolu s neurologickými vadami. Většina osob je také imobilní nebo výrazně omezená v pohybu (Ludíková, 2005). Postižení bývají často inkontinentní a mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Obzvláště časté jsou pak nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště pak atypický autismus.

Jedinci se mnohdy sebepoškozují. Nedožívají se vyššího věku a tvoří zhruba 1 % z populace osob s mentální retardací. Dle Vágnerové (2008) jsou lidé s hlubokou mentální retardací nanejvýše schopni rozlišovat, po mnohačetném opakování vedoucí k paměťové fixaci, známé a neznámé podněty a reagovat na ně.

Komunikační schopnosti se omezují na porozumění jednoduchých požadavků a nonverbální odpovědi. V tomto případě se opatrovníci většinou neobejdou bez alternativního komunikačního systému. Při vhodném dohledu a vedení se pak jedinec může malou měrou podílet na praktických sebeobslužných úkonech.

1.6.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace (F78, F79)

K těmto kategoriím se přistupuje v případech, kdy stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné z důvodu senzorního či somatického poškození (jiná mentální retardace – F 78). Jedná se o jedince neslyšící, nevidomé, nemluvící, s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2006).

V případě, že je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby mohl být jedinec zařazen do některé z výše uvedených kategorií, přistupuje se k označení nespecifikovaná mentální retardace – F 79 (Vítková, 2004).

1.6.6 Alternativní klasifikace mentální retardace

Z hlediska dosahování životních cílů člověka s postižením je medicínský model nezcela vyhovující, neboť pracuje s lidmi, kteří nemohou být lékařskými prostředky léčeni (Lečbých, 2008).

Podle Americké asociace pro intelektová a vývojová znevýhodnění (AAIDD) proto doporučuje upustit od medicínské klasifikačního systému a zaměřit se spíše na míru

podpory, kterou lidi s mentální retardací potřebují k naplňování potřeb a dosahování svých osobních cílů.

Popis člověka je v rámci této klasifikace založen na „funkčním popisu postižení“. Ten pak slouží k určení míry a způsobu podpory, kterou člověk potřebuje. Standardizovaná škála (Support Intensity Scale) pak určuje míru podpory v jednotlivých oblastech podpory (SIS, 2008 in Lečbych, 2012).

a) oblasti podpory:

- činnosti v domácnosti (příprav jídla, oblékání, použití toalety,...)
- aktivity spojené se životem v komunitě, v obci (doprava, nakupování,...)
- učení a celoživotní vzdělávání (schopnost řešení problémů,...)
- zaměstnání (učení se pracovním dovednostem)
- zdraví a bezpečí (užívání léků, správná výživa,...)
- sociální aktivity (sociální vazby, přátelství, komunikace,...)

b) typy poskytované podpory:

- žádná podpora
- dohlížení, sledování (monitoring)
- vedení, pobízení slovy a gesty (verbal/gestural prompting)
- částečná fyzická pomoc (partial physical assistance)
- úplná fyzická asistence (fully physical assistance)

c) frekvence podpory:

- bez podpory nebo méně než měsíčně
- alespoň jednou měsíčně
- alespoň jednou týdně (ne však denně)
- alespoň jednou denně (ne však každou hodinu)
- každou hodinu či častěji

d) Délka denní podpory:

- bez podpory
- méně než 30 minut
- 0,5–2 hodiny
- 2–4 hodiny
- 4 a více hodin

Zmapování oblastí a typů podpory pak slouží jako vhodné východisko pro tvorbu individuálních plánů v rámci asistenčních či jiných podpůrných služeb.

2 UŽIVATELÉ A ZAMĚSTNANCI V SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH

Následující kapitola se zaměřuje na obě cílové skupiny disertační práce, a to na uživatele (popř. klienty) a zaměstnance sociálních pobytových služeb, kdy nastiňuje terminologický a legislativní rámec těchto pozic v komparaci se zahraničním pojetím používaných termínů. Krátce se také zabývá organizační strukturou jednotlivých institucí a styly řízení zaměstnanců, potažmo přístupu ke klientům. Vztahy uživatelů a zaměstnanců jsou dále popsány prostřednictvím odborné literatury, která se však tomuto tématu věnuje jen velmi okrajově. Poslední podkapitola patří deskripci institucionálních zařízení z hlediska jejich společných funkcí, rysů, ale také z případně vyplývajících rizik velkokapacitních služeb.

2.1 Uživatelé a klienti sociálních služeb

V oblasti pobytových sociálních služeb se aktuálně setkáváme se dvěma pojmy, a to klient nebo také uživatel služby. Klient¹³ je v sociální práci definován jako *označení subjektu, jenž asociuje určité kvality vztahu mezi pracovníkem a tímto subjektem (klientem, uživatelem služby)*. Významnými aspekty tohoto vztahu jsou *respekt pracovníka ke klientově důstojnosti, moc pracovníka i moc uživatele, angažovanost pracovníka na případu, vnímání a hodnocení klientových potřeb, uživatelova autonomie a jeho odpovědnost za sebe* (Matoušek a kol., 2013, s. 215).

Klient by měl být tím subjektem, který může vyjednávat o zakázce. Pracovník by měl zakázku formulovat a zpřesňovat společně s klientem. Přesto je klient sociálních služeb v rozličné situaci, než zákazník jiných služeb, neboť ten má možnost volby a může nakoupit službu od jiného subjektu. Klient v sociálních službách bývá vždy pod tlakem nepříznivé životní situace, mnohdy také doprovázený znalostní a mocenskou asymetrií mezi poskytovatelem služby a samotným klientem. Dalším aspektem může být i nedostupnost a omezená nabídka služeb včetně jejich finanční náročnosti pro klienty. (Matoušek a kol., 2013)

¹³Jako „klient“ byl v antickém Římě označován chudý člověk, jenž byl závislý na svém „patronovi“. Klient dodával patronovi společenskou prestiž a byl za to odměňován jídlem a penězi. V sociální práci se s tímto termínem můžeme setkat ještě před II. sv. válkou, v Československu se začal používat termín od 70. let při oddělování psychiatrické péče, jakožto opozitum k výrazu pacient (Matoušek a kol., 2013).

Pro komparaci pojmů v České republice a zahraničí je uveden vývoj terminologie ve Velké Británii, kde se v 70. letech stal klient akceptovatelným termínem a podle McDonalda (2006) je stále nejrozšířenějším používaným mezinárodním pojmem pro popis vztahu v sociální práci.

V průběhu vývoje sociální práce byl však termín *klient* zpochybněn odborníky. „Dobry“ klient byl ten, kdo bez otázek přijal profesionalitu sociálního pracovníka, aby posoudil jeho potřeby. V rámci tohoto vztahu je „klient“ konstruován jako člověk, který potřebuje pomoc, protože mu chybí nezbytné schopnosti, aby si pomohl sám, a proto potřebuje odborné znalosti a dovednosti sociálního pracovníka. Takový model poukazuje na hierarchické mocenské postavení sociálního pracovníka, který má odborné znalosti a dovednosti (McDonald, 2006; Trevitnick, 2000; Wolfensberger a Thomasová (1994)¹⁴.

Předchozí koncepce klienta jako někoho, kdo má identifikované potřeby a setkává se s odborníky, byl zpochybněn a změněn na zákazníka (customer) nebo spotřebitele (consumer). Člověk využívající sociální služby byl jednoduše viděn jako zákazník, který si byl schopen vybrat mezi různými alternativami v nabídce z veřejných, soukromých nebo dobrovolnických poskytovatelů (Harris, 1999). To podpořilo debatu o tom, že dobré životní podmínky se stávají komoditou, která se dá koupit nebo prodat (McLaughlin, 2009).

Toto pojetí předpokládá, že ideálním zákazníkem nebo spotřebitelem je ten, kdo je schopen racionálně přistupovat ke službám prostřednictvím trhu. Nákup služeb je efektivní a účinný způsob, jak poznat své vlastní potřeby, a to bez ohledu na to, zda je poskytovatelem stát či soukromá organizace. Předpokládá se, že jednotlivec učinil výběr s plným vědomím příslušných faktů, pečlivou analýzou zvážil důsledky každé z možností a vybral to, co je v jeho nejlepším zájmu (Rawls, 1993). Poněkud diskutabilní je vlastní předpoklad racionality, která je napadnutelná. Tento pohled popírá jak dopad sociální nebo osobní

¹⁴Wolfensberger a Thomasová (1994) ve své analýze role klienta sociálních služeb poukazují na šest faktorů, které ji v kontextu společenského diskurzu určují: (1) vnímaná hodnota subjektu poskytující službu; (2) vnímaná normalita klientovy role; (3) touha významných lidí naplnit tuto roli; (4) vnímaná hodnota klientů téže služby; (5) typická očekávání vyvolávaná klientem u jiných lidí; (6) sociální hodnota prostředí, v němž je služba poskytována. Všechny tyto faktory s určitou mírou pozitivní korelace determinují nízkou společenskou hodnotu role klienta. U lidí s nízkým statusem má tato role blízko k životní roli, u lidí žijících v ústavu je s ní totožná. (in Matoušek, s. 215)

situace na schopnosti jednotlivců racionálně rozhodovat. Příkladem je kouření a pití alkoholu, které ukazují, že lidé jsou schopni činit rozhodnutí, která jim v konečném důsledku mohou ublížit (McLaughlin, 2009).

V ČR se pojem zákazník v kontextu sociálních služeb používá spíše sporadicky. Princip tohoto pojetí je však podporován instituty příspěvku na péči a smlouvy o službě v zákoně o sociálních službách (Matoušek, 2013). Zákazník si kupuje službu od prodávajícího, přičemž spolu uzavírají smlouvu o poskytované službě.

Pojmy zákazník a spotřebitel se ve Velké Británii časem staly opět nevyhovující a v 90. letech se začal používat termín uživatel služby (service user). Ten je ovšem v současné době některými autory kritizován, neboť se jedná o popisný termín pro homogenní populaci, kterým připisujeme postavení a význam prizmatem jednoho aspektu života jednotlivce a popíráme mnohost potenciálních identit a vztahů (McLaughlin, 2009). Přitom se opomíjí a popírá násobek sociálně konstruované identity, neboť uživatel služby může být zároveň i aktivní občan, rodič, důvěryhodný soused apod.

Uživatel služby zdůrazňuje jen jeden aspekt nebo oblast, ve které je závislý na ostatních a popírá tak rozmanitost a složitost lidského stavu. Další kritika používání termínu „uživatel služby“ vychází z toho, že zanedbává ty, kteří z jakéhokoli důvodu nechtějí služby využívat ze strachu, že budou stigmatizováni (McLaughlin, 2009).

V ČR je podle Matouška (2013) rozšiřující se pojem „uživatel“ neutrálním termínem, který neevokuje mocenské aspekty poskytované služby, ale označuje jen to, že někdo využívá službu. Důležitý je však kontext použití tohoto slova, který implikuje, nakolik mohl uživatel vyjednávat a kontrolovat průběh služby.

Podle průzkumu Creeové a Davisové (in Matoušek, 2013) začínají být uživatelé vnímáni jako významní aktéři systému služeb, jež od sociálních pracovníků očekávají, že:

- budou poblíž a budou naladěni na život a plány uživatele,
- budou uživateli naslouchat, uslyší, co uživatel potřebuje,
- budou schopni hodnotit uživatelovy potřeby jako celek,
- budou obhajovat zájmy uživatele na místech, kde to bude třeba,
- budou klienta podporovat v aktivním řešení jeho problémů,
- pracovníci dokážou poskytnout přímou praktickou pomoc.

MPSV (2013) uvádí, že klient je synonymem pojmu uživatel dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. S tímto tvrzením se autorka ztotožňuje a v textu využívá pojmu jako synonym, přesto si je vědoma určitých významových odlišností a terminologického vývoje pojmů.

2.2 Zaměstnanci sociálních pobytových služeb

V pobytových sociálních službách pracuje řada pracovníků, kterými jsou sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci atd. Pro zajištění chodu organizací nestačí jen pracovníci vymezení zákonem o sociálních službách, ale pracují zde i jiní zaměstnanci, mezi něž patří např. personál ekonomického úseku (účetní, pokladní) nebo provozního úseku (kuchařky, uklízečky, údržbáři, zaměstnanci prádelny) apod.

Zaměstnanci sociálních pobytových služeb jsou vymezeni v zákoně č. 108/2006, Sb. o sociálních službách v § 115 *Okruhem pracovníků*:

1. V sociálních službách vykonávají odbornou činnost
 - a) sociální pracovníci,
 - b) pracovníci v sociálních službách,
 - c) zdravotničtí pracovníci,
 - d) pedagogičtí pracovníci,
 - e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.
2. Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem^{44a}).

Kompetence sociálních pracovníků jsou vymezeny v § 109, v němž jsou uvedeny tyto činnosti:

- vykonávají sociální šetření,
- zabezpečují sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče,
- zajišťují sociálně právní poradenství,
- analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti,
- odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence,
- depistážní činnost,

- poskytování krizové pomoci,
- sociální poradenství,
- sociální rehabilitace.

V § 116 jsou vymezeny kompetence/povinnosti pracovníka v sociálních službách, který vykonává:

- a) **přímou obslužnou péčí** o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních,
 - nácvik jednoduchých denních činností,
 - pomoc při osobní hygieně a oblékání,
 - manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem,
 - udržování čistoty a osobní hygieny,
 - podporu soběstačnosti,
 - posilování životní aktivizace,
 - vytváření základních sociálních a společenských kontaktů,
 - uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) **základní výchovnou nepedagogickou činnost** spočívající v:
 - prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků,
 - působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity,
 - provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy,
 - zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,
- c) **pečovatelskou činnost** v domácnosti osoby spočívající ve:
 - vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi,
 - komplexní péči o jejich domácnost,
 - zajišťování sociální pomoci,
 - provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka,
 - poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů,
 - psychické aktivizaci,
 - organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti,

- provádění osobní asistence,
- d) pod **dohledem sociálního pracovníka** provádí:
 - činnosti při základním sociálním poradenství,
 - depistážní činnosti,
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dle § 117 stanovují podmínky výkonu činnosti zdravotnických pracovníků a pedagogických pracovníků zvláštní právní předpisy 47).

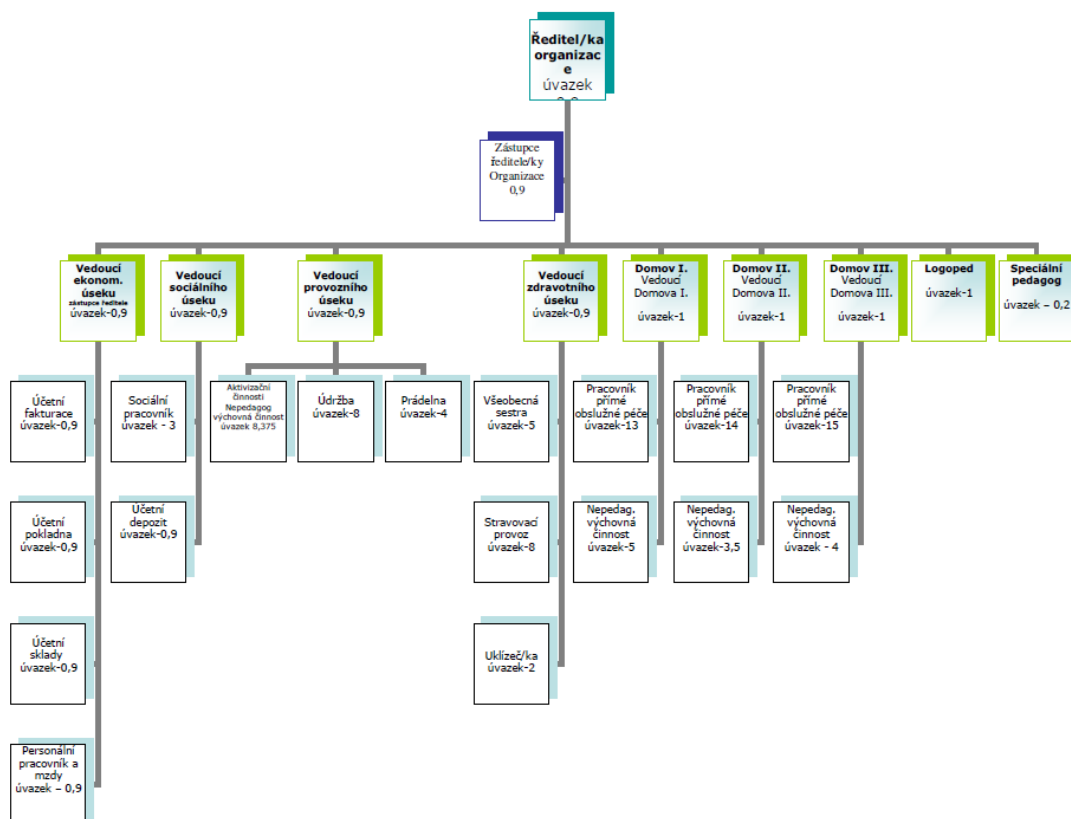
Podmínky k výkonu činnosti sociálního pracovníka a pracovníka sociálních služeb a předpoklady pro práci a odbornou způsobilost těchto pracovníků jsou uvedeny v Příloze č. 1 této práce.

Každá organizace bývá určitým způsobem hierarchicky uspořádaná. Pracovníci jsou rozděleni do jednotlivých úseků a většinou i do pracovních týmů nebo subtýmů čili funkčních jednotek, které nesou určitou míru odpovědnosti, rozhodovací pravomoci a iniciativy.

Dle Matouška (1999) klade práce v subtýmech vyšší nároky na koordinaci spolupracujících společně s nezbytností komunikace v podobě porad a schůzek personálu na různých úrovních (srov. Mühlpachr, 2001). Mezilidské vztahy na pracovištích a řízení pracovních týmů v úzkém slova smyslu označuje Sekera (2001) jako součást mikrořízení.

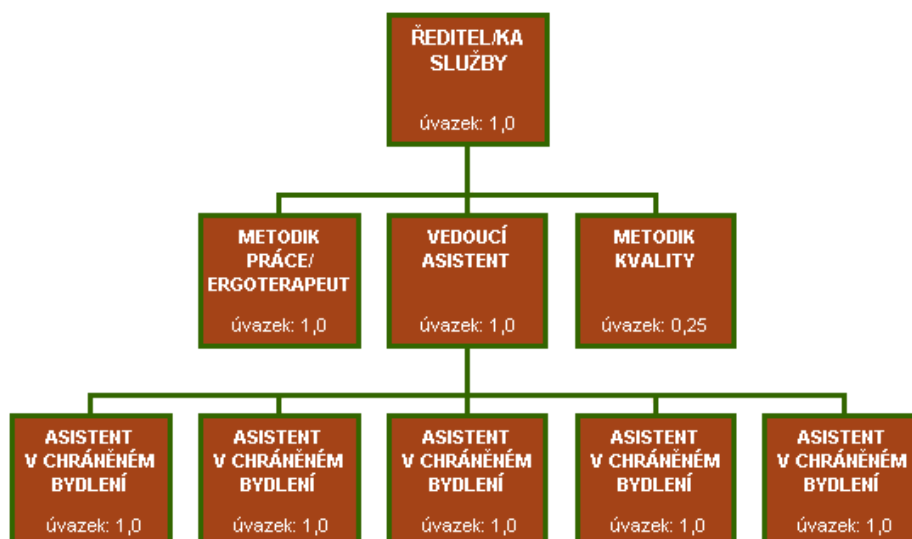
Pro konkrétnější představu a komparaci systémů jsou uvedeny pracovní týmy dvou zkoumaných subjektů, domov a pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení.

Název služby: **Domov pro osoby se zdravotním postižením**



Obrázek 1: Organizační struktura domova pro osoby se zdravotním postižením

Zdroj: <http://www.domovurybnika.cz/file.php?nid=5859&oid=2239110>, [cit. 2013-01-25]



Obrázek 2: Příklad organizační struktury chráněného bydlení

Zdroj: <http://www.oszahrada.cz/index.php?page=sluzby> [cit. 2013-03-25]

Z uvedených dvou schémat je patrná mnohem větší pestrost ve složení personálu v domovech, kde nechybí např. provozní úsek (údržbáři, uklízečky, kuchařky apod.), přičemž tyto pozice v chráněných bydleních nejsou zastoupeny, neboť si je klienti zajišťují sami, případně využívají služeb v běžné komunitě.

Funkční tým pracovníků by měl být sestaven podle jasné koncepce institucionálního zařízení. V případě, že koncepce chybí, zaměstnanci nepracují efektivně, což může mít dopad na naplňování potřeb klientů. Takové zařízení se mnohdy potýká s vysokou fluktuací zaměstnanců a zároveň není přitažlivé ani pro potenciální zaměstnance. Jasné rozdělení kompetencí a odpovědností je nepochybným předpokladem dobrého fungování organizace. (Mühlpachr, 2001)

Sekera (2001) poukazuje na problémy vztahů a bariér především mezi odbornými dominantně zastoupenými pracovníky a mezi vychovateli a zdravotníky. Jejich náplň práce a oblast působení jsou poněkud odlišné, což může vést k rozporům v pohledu a celkovém přístupu ke klientovi.

Problém personálu mnohdy spočívá i ve vytváření „neformálních podskupin“ zaměstnanců, které vznikají na základě společných zájmů. Např. existují zařízení, v nichž stále pracují jejich bývalí ředitelé a další spříznění pracovníci, kteří již nemají dřívější pravomoci, ale nadále mají své stoupence. Do popředí se může dostávat mocenský boj a tím pádem se zájmy klientů mnohdy dostávají do pozadí. (Matoušek, 1999, s. 130)

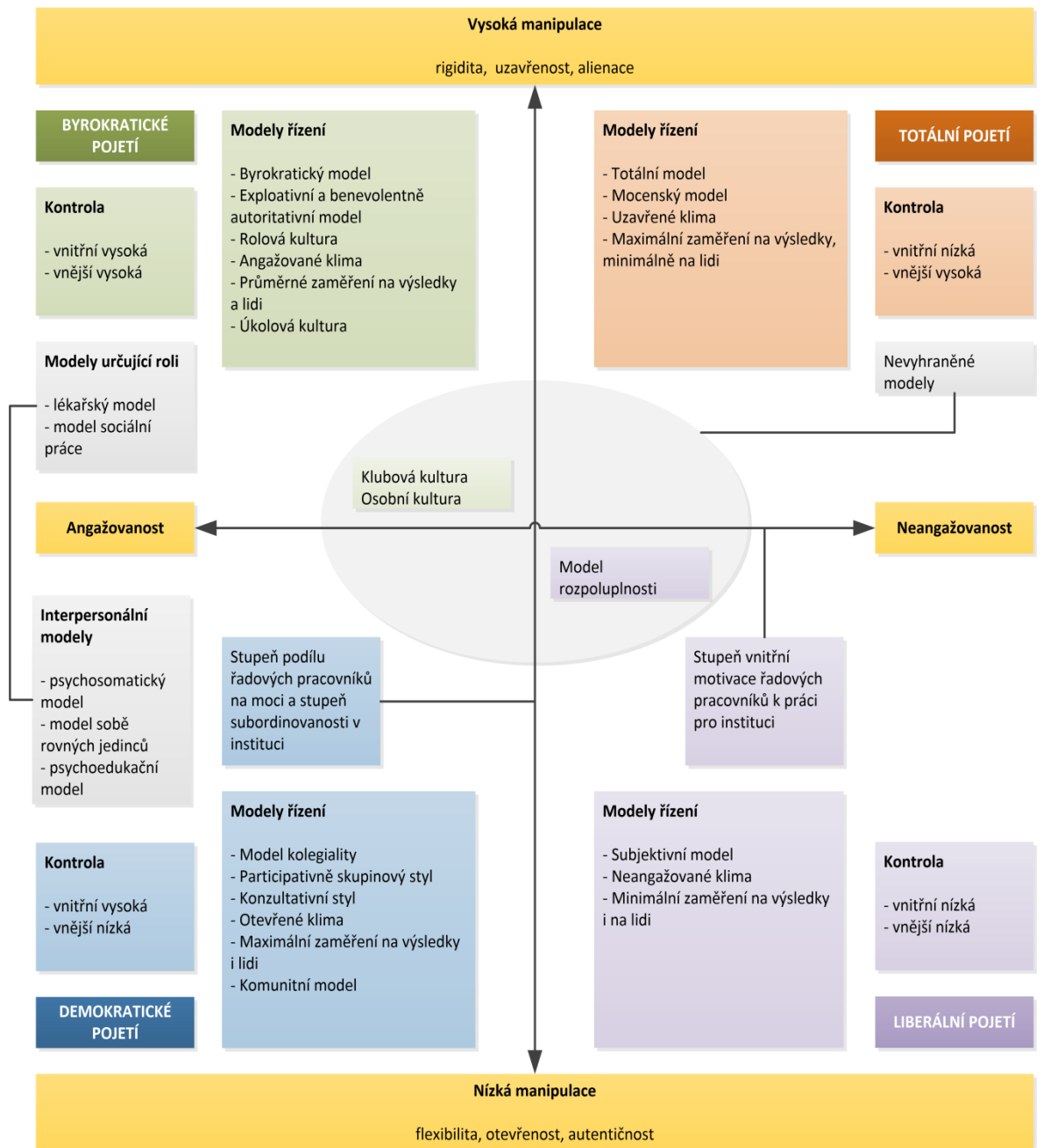
Příčinou relativně vysoké fluktuace pracovníků institucionálních zařízení je zvýšená psychická a fyzická zátěž, přičemž výsledky práce s uživateli jsou mnohdy minimální. Na některé zaměstnance může tato skutečnost, spolu s nedostatečným ohodnocením, působit až depresivně. Sekera (2001) zdůrazňuje tlak v podobě hrozeb z propouštění zaměstnanců v oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti, kdy vedení prosazuje autokratický styl řízení někdy až s prvky psychického teroru. Některé zahraniční studie zdůrazňují potřebu decentralizace, neautoritativního stylu řízení a kvalitních mezilidských vztahů na pracovištích ústavní péče pro osoby s mentálním postižením. Studie N. V. Reynese, W. M. Pratta a R. Shirleyho (in Sekera, 2001) udávají vysoký stupeň korelace mezi decentralizací a morálkou personálu. V institucích se zvyšovala efektivita práce tehdy, když se zmenšovala centralizace a s tím spojený autokratický styl řízení. V případě vysoké centralizace pak docházelo k odcizování pracovníků. Autoři zároveň varují před

zjednodušenou interpretací výsledků, neboť vztah mezi uspokojením z práce a aktuálním výkonem je velmi složitý, a růst pracovní morálky nemusí být vždy automaticky spojován s lepší kvalitou péče.

Na personál, vzájemné mezilidské vztahy a celkový charakter zařízení mají podle Sekery (2001) pravděpodobně vliv způsoby řízení instituce, které rozlišuje na 4 typy systémů, a to:

- byrokratické,
- liberální,
- totalitní,
- demokratické.

Z nákresu jsou patrné atributy jednotlivých stylů řízení, např. míra kontroly, angažovanost pracovníků, míra manipulace, modely řízení apod. Nejméně kontroverzním a zároveň nejefektivnějším typem řízení instituce se zdá být dle Sekery demokratické pojetí. To je postaveno na modelu řízení ve smyslu kolegiality, participativně skupinového stylu s maximálním zaměřením na výsledky i na lidi v duchu komunitního modelu. Vyznačuje se nízkou manipulací, modelem sobě rovných jedinců, angažovaností pracovníků apod. Více viz schéma.



Obrázek 3: Styly řízení (Sekera, 2001, s. 100)

2.3 Vztahy uživatelů a zaměstnanců z pohledu odborné literatury

V pomáhajících profesích hraje velkou úlohu vztah mezi pomáhajícím a klientem (Kopřiva, 2013, s. 28). Vztah je možné definovat jako *působení mezi dvěma nebo více jevy, objekty či osobami* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 678). V psychologii bývá vztah provázaný emocionální vazbou a určitou mírou odpovědnosti, přičemž je možné ho dělit na dlouhodobý, nebo krátkodobý, který je povrchnější, bez větších závazků.

Kulka (1983) dále rozlišuje vztahy sociální a psychologické čili interpersonální. Vztahy sociální se nezakládají na bezprostředním vzájemném působení lidí, tedy nejsou výsledkem sympatií ani antipatií, ale vychází z objektivního začlenění jedince do určitého formálního sociálního systému. Tyto vztahy se dají popsat jako neosobní, diferencované, zpravidla subordinované, rozvíjené objektivně danými sociálními rolemi. (tamtéž)

Uvnitř sociálních vztahů se nacházejí/existují vztahy psychologické, kdy se v podstatě jedná o uskutečňování sociálních vztahů konkrétními lidskými jedinci. Psychologické vztahy jsou především citové, vytváření a udržování vztahů k jiným lidem je jednou z nejsilnějších hybných sil u člověka. Obzvláště v dětství jsou pak důležité tzv. vztahové osoby, které saturují dítěti jeho potřeby. Vztahy jsou však prostředkem k uspokojování potřeb i v pozdějším věku, respektive po celý život. (Schmidbauer, 2001)

Jiným významným pojmem v kontextu vztahů jsou sociální interakce¹⁵. Ty Nakonečný (2013) vymezuje jako mezilidské vztahy, jež jsou nejvýznamnějším aspektem psychologie individua. *Lze je chápat jako interpersonální postoje a interpersonální interakce, v nichž chování osoby A je podnětem pro chování osoby B a naopak; taková vzájemná výměna způsobů chování, v níž je vždy jedna osoba sociálním podnětem pro chování osoby druhé probíhá až do ukončení interakce, obvykle omezovaní na vztah „tváří v tvář“* (Nakonečný, 2013, s. 493).

V sociálních interakcích je dále diferencována tzv. interakční stránka, která je chápána jako *vzájemné dorozumívání, slovní i mimoslovní, mezi dvěma nebo více jedinci či mezi*

¹⁵*Sociální interakce mají v různých kulturách různé formy, jsou podstatným činitelem utváření psychiky již v raném dětství. Neomezují se ovšem jen na vztahy dítě-matka, ale tvoří celou strukturu, v níž se uplatňují vedle vlivů kulturních i vlivy biologické, protože sociální vztahy a způsob života byly důležitým aspektem evoluce vůbec.* (Nakonečný, 2011, s. 223),

skupinami. Zahrnuje organizaci působení mezi jedinci a nutně již předkládá vzájemnost (Hartl, Hartlová, 2010, s. 81). Další stránkou je tzv. *komunikativní stránka*, zaměřující se především na výměnu informací.

Dle Kopřivy (2013) je v pomáhajících profesích vztah ke klientovi podstatnou složkou povolání, čímž se velkou měrou odlišuje od ostatních povolání, neboť u nich se neočekává osobní vztah. Klient potřebuje pracovníkovi důvěřovat, být přijímaný a cítit se bezpečně. Velkou roli hraje pracovníkova osobnost (srov. Schmidbauer, 2001), je totiž jeho hlavním pracovním nástrojem. Bez tohoto vztahového rámce se činnost pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.

V roce 1994 uskutečnil Kopřiva dotazníkové šetření¹⁶ v zařízeních pro seniory, ve kterém zjišťoval, jaké jsou nejdůležitější vlastnosti nebo schopnosti personálu (sester či ošetřovatelek), první údaj se týká sester a údaj v závorce sociálních pracovníků (2011, s. 15):

- *náklonnost (vlídnost, ochota, láska, aj.)* 64 % (62 %),
- *trpělivost (též klid, vyrovnanost aj.)* 41 % (47 %),
- *vcítění (též porozumění, empatie aj.)* 42 % (42 %),
- *odbornost (též profesionalita, znalosti aj.)* 41 % (36 %).

Z výsledků je patrné, že první tři kategorie označují vztah ke klientům, až v pořadí čtvrtá zachycuje znalosti a dovednosti zaměstnance. Není třeba pochybovat o tom, že *vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích podstatnou složkou povolání* (Kopřiva, 2013, s. 15). Podobně se vyjadřuje i Pörtner (2009), která uvádí, že velmi podstatný je vztah mezi pečovateli a jejich klienty, jehož význam je v sociální práci nesporný. Vztahy vychovatelů a klientů jsou následně determinovány kvalitou osobností obou zúčastněných stran (Sekera, 2001).

Na vztah uživatele a zaměstnance je možné nahlížet i prostřednictvím interakce mezi těmito dvěma subjekty. Např. autoři N. V. Reynes, W. M. Pratt a R. Shirley (1977 in Sekera, 2001, s. 8) zkoumali interakce personálu s klienty a svá zjištění kodifikovali do tří typů:

¹⁶Na otázku: „Kdyby někdo Vám blízký se z nějakého důvodu ocitl v domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sester či ošetřovatelek byste mu přála?“ odpovídalo celkem 266 sester a 107 sociálních pracovníků (Kopřiva, 2011).

1. *Obvyklý druh interakce, běžná činnost a komunikace;*
2. *Chudá interakce, chudá komunikace, odstup od klientely;*
3. *Kontrolní interakce, převaha komunikace zaměřené na kontrolu klientely.*

Autoři výzkumu se zaměřili na kvalitu péče prostřednictvím indexu charakteristik řečových vzorů personálu směrem ke svěřencům. Z tohoto indexu došli ke zjištění, že tam, kde péče přesahovala denní povinnosti, užíval personál povzbuzování mnohem častěji (tamtéž).

Pracovníci, kteří sebe sami vnímali jako ty, kdož v důsledku autoritativního jednání ztratili sílu a entuziasmus, méně stimulovali. Naopak na pracovištích, kde se pracovníci mohli svobodně vyjadřovat, byla péče o mentálně retardované kvalitnější (tamtéž, s. 8).

V tomto výzkumu¹⁷ bylo zároveň zjištěno, že *profesionální příprava (stupeň odbornosti), věk, pohlaví a další sledované faktory spojené s osobnostmi profesionálů ústavní péče nesehrávají z hlediska kvality této péče takovou roli, jako pocity pracovníka na pracovišti a z toho plynoucí možné odcizení, nezainteresovanost a další závažné důsledky (tamtéž, s. 8).*

Jedním z mála autorů, kteří se zaměřují na vztah mezi uživatelem s mentálním postižením a zaměstnancem je švýcarská psychoterapeutka Marlis Pörtner, která předkládá koncept PCA (Person Centered Approach) – na osobu zaměřený přístup¹⁸. Autorka popisuje, že tento přístup je možné využít v sociálních službách pro zaměstnance v přímé péči, ale i pro opatrovníky a sociální pracovníky v každodenní nemanipulativní práci s klienty.

Z hlediska práce zaměřené na osobu spočívá vztah pečovatелů k jejich klientům na empatii, úctě k osobnosti a kongruenci (stejně jako terapeutický vztah v psychoterapii zaměřené na klienta). Ke kongruenci náleží také to, že povaha a meze tohoto vztahu musí být jasné a takové, aby je mohli nahlédnout všichni zúčastnění. Je to do určité míry jednostranný vztah. Nejde v něm o potřeby pečovatелů, jejichž soukromý život se odehrává někde jinde. Těžištěm jsou lidé, o které pečují – jde o jejich potřeby, o formování jejich života. (Pörtner, 2009, s. 81)

¹⁷V kontextu citovaného výzkumu Sekera (2001) uvádí, že práce pedagogických, potažmo andragogických pracovníků v ústavní péči, zvláště pak vychovatelů, je na okraji odborné pozornosti. Dále uvádí, že byly nalezeny jen ojedinělé studie, věnující se těmto pracovištím v souvislosti s vychovatelstvím.

¹⁸Koncept je možné využít i u seniorů a klientů vyžadujících trvalou péči.

Kopřiva (2013) pak rozlišuje dvě základní skupiny pomáhajících pracovníků, a to na angažované a neangažované. Neangažovaný pracovník pojímá svou práci spíše jako výkon svěřených pravomocí, aniž by se osobně zajímal o klienta. Vztah ke klientovi bývá neutrální, neosobní, v závažnějších případech nadřazený nebo i horší, většinou s absencí slušného chování. Vztah takového pracovníka ke klientovi se vyznačuje arogancí, lhostejností či hrubostí¹⁹. (Kopřiva, 2011)

Protipólem předchozího je angažovaný pracovník, který považuje pomáhání druhým za smysluplné, s menším důrazem na odměnu či vnější výhody. *Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout, které jsou s to angažovat člověka celého.* (Kopřiva, s. 17) Na druhou stranu zisky, které pracovníkovi profese přináší, mohou mít i odvrácenou stranu mince.

Potenciální zdroj problémů u angažovaného pracovníka může dle Kopřivy (2011, s. 17-18) pramenit ze dvou odlišných přístupů pomáhajícího, a to z nadbytečné kontroly nad klienty nebo nadměrného obětování se pro klienty.

- a) Nadbytečná kontrola nad klienty vychází ze stanoveného řádu, jenž je nezbytným prostředkem pro udržení chování a bezpečnosti členů společenství. Určitá míra kontroly je vždy nutná pro zajištění systému fungování, problém vyvstává ve chvíli, kdy kontrola brání v rozvoji autonomie klienta. Pracovník může mít pocit, že jedná v zájmu klienta, nebo si je naopak vědom přehnané kontroly, ale činí tak z důvodu časové tísně. Nadbytečná kontrola nad klienty však může být důsledkem hierarchické struktury pomáhající organizace, která tento styl podporuje. Takové organizace si často zakládají na principu moci a dominance nadřízených a podřízených. Stupeň kontroly pomáhajících pracovníků je logickým pokračováním stupně kontroly vyšších hierarchických úrovní organizace nad nižšími (Kopřiva, 2011, s. 18) Dalším příkladem nadbytečné kontroly nad klientem je určitá neschopnost pracovníka odpoutat se od vlastních představ, namísto toho, aby podporoval svébytnost klienta a akceptoval jeho volbu. Přenechat klientovi odpovědnost je pro některé pracovníky velmi těžké, neboť jsou zvyklí myslet a jednat za druhé (což někdy opravdu musí), mnohdy tak činí v situacích, kdy nic

¹⁹V kontextu neangažovaného pracovníka Sekera upozorňuje na převládající autokratický styl ve vzájemné komunikaci v ústavních zařízeních (2001).

nebrání tomu, aby se klient rozhodl sám za sebe. (Pörtner, 2009) Velkým rizikem tohoto přístupu je postoj pracovníka ke klientovi jako k dítěti, neboť neakceptuje jeho autonomii a zamezuje tak dosažení partnerského dialogu. (Kopřiva, 2011)

- b) Obětování se pro klienty je druhý způsob jak je možné porušit hranici mezi klientem a pracovníkem. Takovým příkladem může být pracovník, který se chová tak, jako by uživatel nebyl samostatným jedincem, ale plně závisel na pracovníkově péči. Jak uvádí Schmidbauer (2001, s. 26), biblický normativ lásky k bližnímu – *Miluj bližního svého jako sebe sama!* – pracovník naplňuje jen z části, neboť sebe sama rád nemá. Pomáhající se natolik obětuje pro klienta, že nemá čas na vlastní odpočinek a zároveň mu to život ztrpčuje. Příčinou takového jednání může být i to, že referenční osoby si realizují vlastní nenaplněné potřeby a řeší si nevyřešené životní problémy prostřednictvím vztahu ke svěřeným osobám. Ať už jde o potřebu uznání, blízkosti, náklonnosti a něhy, o mocenské nároky, nenaplněná dětská přání, nebo je v tom nějaká jiná nezvládnutá životní tematika – jakmile se tyto věci přenesou na vztah ke svěřeným osobám, jedná se v každém případě o zneužití (Pörtner, 2009, s. 82). Paradoxem zůstává, že pro klienta bývá takový přístup kontraproduktivní, neboť klienta nerozvíjí, ale spíše zvyšuje jeho závislost na druhých, udržuje ho pod vlastním potenciálem samostatnosti, až ho invalidizuje (Kopřiva, 2011, s. 19).

Náročnost profese a specifíkem pomáhajícího pracovníka, na rozdíl od jiných povolání, je mít pochopení pro *každého* klienta²⁰. Pracovník by se měl o klienta zajímat, vcítit se do něj a chápat ho, přijímat ho jako celek, mít ho rád, takového jaký je, podporovat ho/sympatizovat s ním a vidět jeho pozitivní stránky. Na druhou stranu, jedná se o soukromou věc, koho se člověk rozhodně přijímat, je těžké přátelit se téměř s kýmkoliv a zároveň s ním účinně pracovat. (Kopřiva, 2011)

Každý vztah má však svou individuální povahu, *každý pečovatel má jiný přístup k osobnostem, k někomu má pečovatel blíže, s někým vychází hůř*. Není přípustné, aby se

²⁰Ne každý, byť pomáhající pracovník, dokáže najít vztah k člověku v krajní nouzi. Někteří lidé chtějí pomáhat lidem, ale vyhýbají se práci se starými, osamělými nebo postiženými lidmi. Spíše vyhledávají práci v dětských domovech nebo střediscích pro mládež. Důvodem může být strach ze samoty, stárí či tělesného handicapu, neboť se s takovými lidmi ještě nesetkali a nedovedou si najít místo pro takové lidi ve vlastním obrazu světa. (Kopřiva, 2013)

osobní sympatie nebo antipatie odrážely ve vztahu do takové míry, že by klient byl nadměrně upřednostňován nebo naopak poškozován. (Pörtner, 2009)

2.3.1 Moc ovlivňuje pomáhání

Dle Parsonse (in Kassin, 2012) je moc zásadním, spoluurčujícím hlediskem společenských vztahů a zároveň je univerzálním jevem, neboť každý konkrétní sociální proces může nabýt mocenského charakteru. Neznamená to však, že by „všechno“, co v sociálních vztazích a procesech existuje, bylo mocí nebo metamorfózou moci. *Moc představuje jednu ze základních os v sociálních procesech, v nichž vstupují do interakce různí jednající, z nichž každý může sledovat svou vlastní odlišnou zaměřenost, nemůže však svého cíle dosáhnout, aniž odstraní překážku, kterou druhý svým pravděpodobným nežádoucím chováním představuje, nebo aniž získá jeho loajalitu či pomoc.* (s. 1423, tamtéž)

Významnou dimenzí vztahu mezi pomáhajícím a uživatelem je právě moc pracovníka, neboť ta je důležitá i při pomáhání. Klient je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje. Pracovník je do jisté míry mocný už tím, že pomáhá (nebo aspoň slibuje pomoc), aby málo mocný klient byl o něco mocnější. (s. 40, Kopřiva) Moc pracovníka může být stanovena zákony, ale i řádem a nepsanými zvyky ústavní instituce, případně se může utvářet v rámci jednotlivého vztahu pracovník-klient, buďto z iniciativy pomáhajícího, nebo z iniciativy klienta. Moc pracovníka je všeobecně větší v ústavních zařízeních, především pak u osob tělesně a mentálně handicapovaných a při práci s dětmi.

S přibývajícím právomocím pracovníka většinou ve vztahu dochází k nárůstu nedůvěry a ke klientovu odstupu. Oboustranná manipulace pak bývá výsledkem mocenského systému.

Moc pracovníka může být např.:

- *nevlídná,*
- *neomalená,*
- *krutá,*
- *laskavá.*

Každý projev moci pomáhajícího má svůj protipól v prožívání klientů, kteří se např.:

- *stáhnou z kontaktu,*
- *zaujmou postoj uctivé pasivity,*
- *sevřou se zlostí a křivdou nebo*

- *naučí žadonit o mezilidský kontakt.* (Kopřiva, 2011, s. 40)

Je však třeba rozlišovat institucionálně přidělenou moc a neformální moc. První zmiňovaná umožňuje pracovníkovi rozhodovat o záležitostech klienta. S přibývajícimi pravomocemi pracovníka vůči klientovi je však mnohem složitější stát se klientovým důvěrníkem²¹ či *partnerským konzultantem v emočních a vztahových aspektech jeho problému* (Kopřiva, s. 41) Pracovník by měl mít schopnost oddělovat obě situace od sebe a nepřenášet mezi nimi vzniklé emoce.

Druhým typem moci pomáhajícího je přijetí pracovníkova vedení klientem, aniž by se jednalo o formální pravomoc. Dilematem pomáhajících pracovníků zůstává, kdy je nutné klienta vést a kdy ho podporovat, aby se dokázal vypořádat se svými problémy.

2.3.2 Hranice a profesionalita

Překážkou vyváženého vztahu mezi klientem a zaměstnancem může být snaha pečovatelu o navazování blízkých osobních vztahů s klienty ve větší míře, než kterou mohou obě strany snést²². Konsekvencí takového dlouhodobého jednání většinou bývá vyhoření pracovníka s případnou nutností změny povolání. Pro uživatele to představuje další zklamání, v podstatě ztrátu blízké osoby. Reakcí na zážitek opuštění může být buďto extrémní přimknutí k jinému pečovateli s očekáváním, že si ho tak udrží, nebo naopak se ve vztahu k pečovateli nadměrně uzavře. (Pörtner, 2009)

Důležité je, aby byla jasně stanovena zřetelná hranice ve vztazích, čili mezi záležitostmi pomáhajícího a záležitostmi uživatele, neboť ta je nepostradatelná pro dlouhodobé efektivní fungování. Při porušení/ narušení/překročení hranice bývá problémem pomáhajících tzv. *splývání*, kdy si zaměstnanec bere záležitosti uživatele za své vlastní, čímž pak *trpí proces pomáhání*. Příkladem takového splývání může být potřeba pomáhajícího, aby jej uživatel potřeboval – proto, aby se pracovníci necítili sami. Jedná se o *sebeobětování pracovníka ve prospěch klientů, i v naplňování těch potřeb, které jsou s to zabezpečit si sami*. (Kopřiva, 2011, s. 79)

²¹V některých situacích může mít klient pocit, že rozhodnutí pracovníka je projevem nepřátelství. Nicméně pomáhající často musí určité pravomoci vykonávat i přes jeho nevoli.

²² Zaměstnanec může mít tendenci vyvolávat v klientovi nesplnitelná přání a očekávání, např. pracovník slíbí klientovi, že si ho vezme na vánoce domů.

Opakem tohoto postoje je netečnost. Zároveň by měl být pracovník obezřetný, aby si uhájil svoji hranici před manipulací ze strany klienta. V takových vztazích či situacích je na místě asertivita. (Kopřiva, 2011, s. 78)

Jak uvádí Pörtner, v tomto povolání je důležité být kongruentní a poctivě *udržovat spolehlivý profesionální vztah, v němž je určitá distance, ale distance konstantní* (2009, s. 83). Profesionalita nemusí znamenat nezúčastněnost, chlad či mechanickou rutinu, i takový vztah může být srdečný, vřelý a láskyplný. *Profesionalita znamená to, že pečovatelům jde především o blaho a vývoj klientů, ne o naplňování vlastní potřeby blízkosti a zisk z pocitu, že je někdo potřebuje.*

Profesionalita znamená:

- *Vztah je přiměřený profesnímu rámci a funkci zúčastněných osob.*
- *V popředí zájmu jsou potřeby klientů, respektuje se a podporuje jejich svébytnost.*
- *Ve vztahu ke klientům se odsouvají stranou vlastní potřeby, ambice a představy.*
- *Oslabují se a ruší závislosti. (Pörtner, 2009, s. 83)*

Dalším znakem profesionality je také jednotný přístup všech pracovníků ke klientům, čili jasné vymezení rámcových podmínek, zajišťující kontinuitu a jistotu pro klienty. V opačném případě se klient může cítit zmatený, je pro něj těžké, když se pracovníci střídají během směn či v důsledku fluktuace zaměstnanců.

Pörtner (2009) dále uvádí, že čím více to vypadá, že je pečovatel postradatelný, tím kvalitnější je jeho práce. Nerozhoduje to, co dělá zjevně, nejdůležitější je to, co umožňuje lidem, o které pečuje. Jedná se o nové kritérium, a poměrně náročný úkol, na které si mnozí pomáhající musejí teprve zvykat.²³

Pokud pracovníci neakceptují toto kritérium a nadále se snaží klientovi především pomáhat, potažmo dělat věci za něj, nejenže omezují uživatele více, než je to nezbytné, ale přepínají především sebe samé přehnanými požadavky. To bývá ostatně jedním z faktorů vedoucích k příznakům syndromu vyhoření. Ten se vyskytuje u pomáhajících v dlouhodobém kontaktu s klientem, jehož hlavním příznakem je vyhoření pracovníkovy

²³Pörtner (2009) zdůrazňuje, že je nutné rozlišovat mezi soucitem a empatií. V prvním případě se člověk se svým protějškem ztotožňuje, což může vyústit ve ztrátu hranice a záplavu lítosti. Klient by však potřeboval spíše porozumění, mít vedle sebe někoho, kdo je připraven mu pomoci, jak to vyžaduje situace.

schopnosti empatie. Mezi další symptomy patří ztráta činnosti a poslání, s pocity zklamání či hořkosti, ale také se ztrátou zájmu o práci. Pracovník se potýká s každodenním stereotypem, rutinou a jeho největší snahou je přežít a nemít problémy (Hartl, Hartlová, 2010). Dle Matouška (1999) je syndrom vyhoření²⁴ predikovatelná, v podstatě i nevyhnutelná obrana, která je patrná po letech praxe.

V institucionálních zařízeních se syndrom projevuje zkracováním doby kontaktu s klientem, případně únikem do racionální roviny. Pracovník vyhledává takové aktivity, při kterých může eliminovat přímému kontakt s klientem.²⁵ (Mühlpachr, 2001)

Stanovení, po jaké době dochází v určitém typu práce k vyhoření, je vždy individuální, neboť se zde odráží endogenní i exogenní vlivy. Prevencí a obranou proti jeho vzniku je dle Hartla, Hartlové *víra ve smysl poslání a vědomí potřeby i toho, že je vždy možný další rozvoj* (2010, s. 575). Konkrétním prostředkem proti rozvoji syndromu by měla být duševní hygiena, ale především kvalitní systém supervizí a následné vzdělávání pracovníků²⁶. Přínosem pro klienty bývá pracovník, kterého jeho práce zajímá, neboť v ní může nacházet nové rozměry i výzvy. Naopak pomáhající, který se nevyvíjí a ustrne na určitém bodě, nabývá pocitu, že jsou uživatelé jeden jako druhý, jako podle šablony, jejich požadavky jsou nereálné a nadsazené, že mají tendenci vázat se na pracovníky a *stávat se na nich závislými, přetěžovat je zejména mimovědomými potřebami „vysávat je“, zneužívat“, „manipulovat jimi“ apod.* (Matoušek, 1999, s. 133).

2.4 Institucionální zařízení

Termín instituce pochází s latinského instituere, neboli zřizovat, zařizovat (Petráčková, Kraus, 1995). Podle Matouška se jím označuje *udržovaný zákon, zvyklost, praxe a také*

²⁴Hartl, Hartlová označují tzv. předchorobí syndromu vyhoření, kdy by pracovník chtěl pracovat co nejlépe, snaží se být ve své profesi úspěšný, ten ale nepřichází. Následuje první stadium, kdy pomáhající nic nestihá a práce začíná postrádat jakýkoliv systém. Ve druhém stádiu se začínají vyskytovat symptomy neurózy, doprovázené pocitem, že je potřeba stále něco dělat, výsledkem je však chaos. Třetí stadium se vyznačuje tím, že pracovník nemá pocit, že něco „musí“, „nemusí nic“, všichni ho obtěžují už jen samotnou přítomností. Chybí mu veškerý zájem a nadšení, zůstává jen zklamání a únava.

²⁵Pracovník, který uživatelům něco přednáší nebo předčítá, nemůže být z jejich strany osloven, jen „kontroluje situaci“.

²⁶Pracovníci v sociálních službách mají ze zákona povinnost vzdělávat se 24 hodin ročně.

organizace. Institucí je podle sociologů například církev, školství, právo, ekonomický systém a také rodina. V tomto významu se termín používá v některých evropských jazycích již od 16. století. Teprve o 200 let později dostává význam „zařízení pro veřejné, výchovné, církevní a jiné účely“, který se současně spojuje s budovou, v níž toto zařízení sídlí.(1999, s. 17)

Slovo organizace má kořen ve slově organon neboli nástroj. Organizace je velmi mnohoznačně používaný pojem, *obecně se vztahující k soustavě účelového uspořádání sociálních vztahů (sociálních pozic, sociálních jevů atp.) k plnění určitých cílů (účelů, úkolů), jehož významy se vyskytují v několika rovinách* (Geist, 1992, s. 258). Jako synonymum pro spolek, asociaci či instituci, tzn. jakýkoliv více či méně institucionalizovaný sociální útvar. Organizace znamená mj. vytvoření skupiny lidí za určitým účelem s jasně stanoveným cílem, jež je efektivnější než práce neformální skupiny. Specifikem organizace jsou formálně stanovená pravidla, hierarchie vztahů, strukturovanost funkcí osob, vymezení cílů apod. (tamtéž) *Organizace se může stát cílem sama sobě, sebezáchova může být povýšena nad původně stanovený cíl, v takovém případě organizace degeneruje, byrokratizuje se* (Matoušek, 1999, s. 17).

Jak uvádí Mühlpachr (2001), pobyťová zařízení mají v užším slova smyslu spoustu shodných funkcí a rysů/atributů. V ústavním zařízení se profesionálové starají o skupinu nějak handicapovaných lidí. Personál je zde zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci, ale pro uživatele je zařízení dočasným nebo trvalým domovem. Rozdíl v postoji zaměstnanců a klientů je v očekáváních, neboť klienti chtějí být individuálními subjekty, ale pracovníci je považují za objekt své práce.

2.4.1 Charakteristika a funkce ústavní péče

Ústavní zařízení je svým způsobem „stát ve státě“, místem vlastního řádu, v němž je život do jisté míry omezený a předvídatelný. Dle Mühlpachra (2001, s. 33) je ústavní zařízení spjato se třemi archaickými lidskými zkušenostmi:

- *zkušeností rodiny,*
- *zkušeností obce a*
- *zkušeností vyobcování.*

Společný zážitek domova je zkušeností rodiny a zkušeností obce. Jakýkoli člověk má svůj původní domov nebo rodný kraj, který v něm vyvolává pocit bezpečí a sounáležitosti,

i když pro druhé se toto prostředí jeví jako cizí. *Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není* (Matoušek, 1999, s. 122).

Ústavní zařízení má snahu o vytvoření domova, mělo by být sférou jistoty a bezpečí, vždy je ale umělým domovem, spíše jen poskytuje azyl. Protichůdnou archaickou zkušeností oproti dvěma předchozím je vyobcování. *Právo patřit do obce a do rodiny může člověk ztratit a může být vyhnán do sféry neznáma, chaosu. Tam může se stejně postiženými vytvořit miniaturní komunitu, která s původní obcí komunikuje minimálně.* (Mühlpachr, 2001, s. 33)

V ústavních zařízeních existuje hierarchie společenských pozic, ať už se jedná o formální či neformální nadřazenost. Uvnitř instituce je vždy vytvořen vnitřní řád se systémem pozitivních i negativních sankcí. Ústavní zařízení se od sebe odlišují mírou uzavřenosti vůči okolnímu světu, ve většině z nich je vstup i výstup kontrolovaný a nic není ponecháno náhodě, ani to, kdo s kým bude v kontaktu. Prostor je rozdělen pro personál a pro uživatele. (Matoušek, 1999)

Na úlohu ústavního zařízení lze nahlížet ze dvou úhlů, a to buď v zájmu společnosti, či z pohledu jedince, které se mohou shodovat, ale i naopak. Většina klientů se dostala do ústavů na základě rozhodnutí opatrovníků, možnost volby byla často velmi omezena a vstup byl v mnohých případech nedobrovolný²⁷.

Hlavní funkce ústavu jsou dle Matouška následující (1999, s. 22):

1. *Podpora a péče* – tuto úlohu sehrávají zařízení, která poskytují náhradu za nefunkční nebo absentující rodinu (dětské domovy, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory apod.). Uživatelům je poskytována chybějící péče či dokonce samotné/chybějící zázemí. Pokud by tato zařízení neexistovala, klient by se jen velmi těžko vypořádal se svou situací, v nejhorším případě by mohl skončit na ulici jako bezdomovec.

²⁷Většina klientů se do ústavů dostala na základě rozhodnutí rodinných příslušníků, případně jiných určených opatrovníků, neboť byli ve své době zbaveni způsobilosti k právním úkonům, v aktuální judikatuře omezení ve svéprávnosti.

2. *Léčba, výchova, resocializace.* - uvedené funkce jsou v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních zařízeních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež apod. Cílem těchto typů institucí je změnit stav uživatele, čili by měl ústav opouštět, ideálně v lepším stavu.
3. *Omezení, vyloučení, represe.* Těmito funkcemi se vyznačují především věznice, psychiatrická zařízení s nedobrovolnými pobyty, sběrné tábory pro uprchlíky apod. V případě, že by tato zařízení neexistovala, společnost by byla ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou nebo neznámými cizinci.

Každé ústavní zařízení je nositelem všech výše uvedených funkcí, vždy se však jedná o to, do jaké míry je daná funkce naplňována a zároveň, která je inzerována jako dominantní a která je spíše skrývána.

Institucionální zařízení je možné kromě funkcí dělit i podle délky pobytu, respektive dle trvání handicapu jedince viz tabulka č. 1

Tabulka 1: Dělení ústavní péče podle délky klientova znevýhodnění či postižení

Krátkodobý handicap	„klasický“ model péče (např. nemocniční pobyt)
Dlouhodobý handicap	„rehabilitační“ model
Trvalý handicap	„pečovatelský“ model

Scambler a Patrick (1986) upozorňují na to, že v tzv. „pečovatelském“ modelu existuje velké riziko naprostého podmanění se klienta byrokratickým pravidlům řádu instituce, jenž ve výsledku může ještě více prohloubit handicap uživatele/ jedince.

Společnou charakteristikou zařízení ústavního typu je, že valnou většinu dne dělají uživatelé totéž. Každý den má své stanovené schéma, podle něhož uživatelé vstávají, stravují se, pracují, uklízejí, vzdělávají se, chodí na vycházky, odpočívají, sledují televizi nebo uléhají ke spánku (Matoušek, 1999). Vše probíhá koordinovaně s cílem co nejlépe využít prostory a práci profesionálů. Rozdílnost je možné spatřovat v terapeutických

programech (např. aktivizace v terapeutických dílnách²⁸), i když i ty se po čase stávají rutinou.

Úlohou institucí, kde žijí osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením, není pouze udržování klientů při životě, ale měly by v maximální možné míře podporovat kvalitu jejich života. Ta by neměla být a priori určována personálem, neboť jen uživatel sám ví, co pro něj představuje hodnotu a co ne. Stereotypní způsob uvažování v některých institucionálních zařízeních může vycházet z tzv. rigidní *ústavní doktríny*²⁹. (Matoušek, 1999)

Podle Johnové (2008) by měl být personál informován o skutečných potřebách klientů. Nestačí jen znát diagnózu a všechna z ní vyplývající úskalí a překážky. Pracovníci by se měli zaměřovat na oblasti, ve kterých klient potřebuje větší míru podpory, ale neměli by ani zapomínat na stávající schopnosti a dovednosti, které by měli dále rozvíjet.

Jak jsme uvedli výše archaickou zkušenost rodiny či obce, rodina se za určitých okolností uchýlí k umístění svého člena do ústavního zařízení (zkušenost vyobcování). Příčinou může být neochota, ale i nemožnost postarat se o rodinného příslušníka na základě

²⁸Ne všichni klienti mohou navštěvovat terapeutické dílny, v některých zařízeních chodí do dílen jen klienti s menší mírou podpory, uživatelé s těžším postižením zůstávají po celý den na svém oddělení, kde jim aktivizaci zprostředkovávají pracovníci v přímé péči, někdy se nedostanou během dne mimo vlastní oddělení. Určité změny lze spatřovat v trávení víkendů, kdy klienti již nemusí ve většině zařízení vstávat ve stejnou dobu, jako v pracovním týdnu, např. v 6 hodin ráno.

²⁹*Tzv. ústavní doktrína vysvětluje důvody vstupu klienta do ústavu, důvody jeho chování v ústavu a odůvodňuje i chování personálu ke klientům. Doktrína je propracovanou názorovou soustavou, jež pracovníkům rigidně fungujících zařízení poskytuje dostatečné alibi pro jejich styl práce. Součástí takové doktríny jsou také negativní tvrzení o klientově rodině, o jiných institucích (které pečují o stejný druh klientely), o nadřízených orgánech a samozřejmě o klientech samotných. Doktrína může předem blokovat pokusy o změnu ústavního režimu tím, že předem dokazuje jejich nemožnost, riskantnost, nepopulárnost mezi klienty apod. (Matoušek, 1999, s. 122) Takovou ústavní doktrínou může být i následující postoj pomáhajících, kteří mají sklon připisovat příznivé změny u klienta svému vlivu, zatímco změny nepříznivé se odvozují z jiných vlivů, například rodinných příslušníků, podniku, společnosti, dědičných vloh, nezkrutitelného masochismu atd. (Schmidbauer, 2001, s. 71)*

nedostatečných časových nebo finančních možností³⁰, případně může být důvodem to, že klient o svou rodinu přišel.

2.4.2 Rizika a problémy ústavní péče

„Obecným problémem ústavních zařízení pro postižené je to, že více postiženým lidem jsou leckdy poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby, kdežto lidem méně postiženým jsou často poskytovány služby nadbytečné, brzdící jejich osobní rozvoj Ústavní prostředí svádí k medicinizujícímu přístupu, posiluje závislost klienta na ústavu a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.“ (Matoušek, O. 2001, s. 106)

Mühlpachr řadí mezi rizika a problémy institucionální péče především hospitalismus, který definuje jako stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život (2001, s. 37). Uživatelé následně ztrácejí zájem o lidi a svět, zhoršují se jejich schopnosti komunikovat nebo u nich dochází k regresi čili návratu do ranějších vývojových stádií. Často také hledají náhradní uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouho spí nebo vykonávají automatické pohyby. (Mühlpachr, 2001). Podle Matouška (1999) hospitalismus vychází i z toho, že ústav poskytuje klientovi veškeré zaopatření, neboť mu někdo vaří, pere, žehlí, topí, někdo se mu stará o finance, někdo mu nakupuje, zároveň je klientovi organizována práce či aktivity. Uživatel se v ohraničeném prostoru zařízení, setkává s omezeným okruhem osob, ať už pracovníků nebo spoluobytel. Je samozřejmě snazší orientovat se v tomto redukováném světě s redukovánými odpovědnostmi, než v komplexním, nepřehlédnutelném vnějším světě (Matoušek, 1999, s. 118).

V mnoha uzavřených institucích s autoritativním režimem je možné se setkat s šikanováním³¹ (uživatelů vůči uživatelům, zneužívání moci personálu nad uživateli, spočívající v jejich nepřiměřeném trestání, ponižování apod.). Největší riziko šikanování se vyskytuje v takových zařízeních, kde bývají klienty děti, lidé s mentálním postižením,

³⁰Spousta rodin pečujících o postiženého člena se dostává do hmotné nouze, více o tomto tématu pojednává následující odkaz <http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/penize-na-prvnim-miste-aneb-lide-s-postizenim-a-jejich-rodiny-v-hmotne-nouzi.html>

³¹Šikana je podle Řičana (1995, s. 580) *tělesné, psychické či spojené ponižování nebo týrání jedinců jinými jedinci, nejčastěji ve vrstevnických skupinách, ale též na pracovišti a jinde; původci šikany bývají jedinci tělesně silnější, starší, vyspělejší, výše postavení či v početní převaze.*

nemocní nebo senioři (Bednář, 2012). Zneužívání uživatelů může mít však i jemnější povahu. Personál si například může přisvojovat výsledky jejich práce, uživatelé mohou dostávat méně stravy, než na kolik mají nárok.

Nevýhodou některých ústavních zařízení jsou nekoedukované kolektivy, které s sebou nesou riziko průchodu nepřírozených homosexuálních vztahů, případně může docházet k sexuálnímu zneužívání³² mezi uživateli navzájem, ale také ze strany personálu. Základní pravidla partnerství bývají mnohdy nedostatečně ošetřena a klient se setkává v odlišnosti přístupů ze strany personálu (Matoušek, 1999).

Mezi další problémy patří tzv. ponorková nemoc³³, která je charakteristická tím, že po určitém období sžívání přichází k tomu, že lidé jsou více vztahovační, agresivní nebo zvýšeně sugestibilní. Zároveň se do sebe více uzavírají a klesá jejich vstřícnost. Na významu nabývá osobní teritorium s posledními zbytky soukromí³⁴, které je bráněno před ostatními. (Mühplachr, 2001)

Mezi další aspekty ústavní péče patří sdílení malého prostoru s lidmi, které si klient vybrat nemohl, zároveň nemá uživatel možnost navázat trvalý vztah k jedné osobě a stabilní společenské skupině, což může vyvolávat absenci pocitu sounáležitosti a bezpečí, jež mohou vést až k regresi vývoje jedince (Johnová, 2008).

Instituce vyžaduje od klienta neustálé přizpůsobování se režimu, případně potřebám jiných obyvatel (Bednář, 2012). Uživatel nemůže zhasínat ani rozsvěcovat, kdy by chtěl, nemůže si nahlas pouštět muziku, nemůže vstávat, kdy chce a stále je pod veřejnou kontrolou. Řešení problému se často odkládá, neboť v daný okamžik „není čas“, a ne vždy se jedná v zájmu uživatele.

³²Více o sexuálním zneužívání pojednává zpráva ombudsmana z roku 2009 s názvem *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením*.

³³Ponorková nemoc byla původně popisovaná u osádek lodí na dalekých plavbách, u dlouhodobých expedic, u polárníků trávících měsíce na jedné stanici atp. *Skupina postižená ponorkovou nemocí dokáže svého člen i zcela vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostentativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává.* (Matoušek, 1999, s. 119)

³⁴Nedostatek soukromí je patrný i v nutnosti mít schovanou finanční hotovost u personálu, z důvodu možnosti ztráty či odcizení jiným klientem, což staví bariéru oprávněného uživatele peněz a jeho peníze.

Jak jsme již uvedli v jiné části této kapitoly, postoj pracovníků k uživatelům by měl být profesionální a současně osobní. Problémem však může být nevyvážená osobnost pomáhajícího, který ve vztahu k uživateli hledá absentující soukromé vztahy. *Ústav je možno přirovnat k rodině, ale s výjimkou ústavu pro děti rodinou nemá a nemůže být. Konfúzí rolí* je možné chápat vztah profesionála ke klientovi, který se snaží stylizovat do úlohy rodiče nebo jiné blízké osoby³⁵. Tento vztah *může podporovat i sám klient svoji bezradností, neodpovědností, svou potřebou citové opory, někdy i svým sklonem k intrikování, jehož cílem je znesváření personálu* (Matoušek, 1999, s. 123). Přestože uživatel může dát impuls k překročení hranic role profesionála, odpovídá za něj především zaměstnanec zařízení.

Na základě výše zmíněných influencí se pobyt v ústavním typu zařízení může stát závažným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamenává/stigmatizuje. Typickou konsekvencí je pak neschopnost a hlavně neochota stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi, neprošli si podobnou zkušeností. Takto handicapovaný člověk se cítí dobře jen ve společnosti podobně postižených jedinců (Matoušek, 1999).

Závěrem kapitoly lze konstatovat, že institucionální zařízení se postupně více otvírají vůči okolní komunitě, patrné je i větší zaměření na individuální potřeby klienta spojené se zvyšováním kvality péče. Určitou dominantou je i profesionalizace personálu, kdy do péče vstupují se zájmem a nasazením vysokoškoláci. Zároveň se modifikuje distance mezi uživateli a pracovníky, kteří se mohou chovat spontánně, aniž by překročili hranici profesionality (Matoušek, 1999).

Ústavních forem péče o osoby s mentálním postižením vlivem deinstitucionalizace a především humanizace postupně ubývá. Pozvolna se vytvářejí služby alternativní, směřující k životu v komunitě, kterých je však stále ještě nedostatek.

³⁵Takový vztah nevyhnutelně vede k infantilizaci klienta, ke snižování jeho odpovědnosti za sebe sama, k posilování jeho vazby na profesionála i na ústavní prostředí a k oslabování jeho schopnosti obstat v samostatném životě mimo ústav (Matoušek, 1999).

3 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V rámci alespoň částečného pochopení problematiky ústavní péče a především změn, které přicházejí s transformací, je vhodné krátce popsat vývoj institucionálních zařízení v Českých zemích od konce 19. století s důrazem na současný stav a legislativu. Člověk s mentálním postižením může bydlet s vlastní, případně náhradní rodinou, většinou pak využívá služeb osobní asistence, pečovatelské služby nebo služby odlehčovací. V kontextu výzkumné práce se však zaměříme na pobytové služby, jakými jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení. V závěru kapitoly uvádíme službu podpora samostatného bydlení, tedy terénní službu, která je však podle nás pro proces transformace velmi významná.

3.1 Počátky institucionalizované péče pro osoby s mentálním postižením od 19. století

Počátky specializované ústavní péče o osoby s mentálním postižením můžeme datovat do druhé poloviny 19. století, kdy byl založen první Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny v Praze, jehož ředitelem se v roce 1871 stal lékař Karel Slavoj Amerling. Později se ústav přejmenoval na Ernestinum³⁶. (Valenta, Müller, 2013).

Na území současné České republiky vznikaly v období tehdejšího Rakouska-Uherska³⁷ další ústavy, přesto bylo jejich množství nedostačující a odborníci kritizovali monarchii za to, že sama nezřizovala žádný ústav³⁸ pro slabomyslné (Sedláček, 1907). Ústavnictví přelomu 19. a 20. století bylo záležitostí spolkovou, církevní nebo soukromou, v čele zařízení stáli lékaři, pedagogové či milosrdné sestry (Valenta, Müller, 2013). Stát

³⁶Za důležité se v této době považuje rovněž působení velké lidumilky Ernestiny Auerspergové, děkanky hradčanského spolku šlechticů a předsedkyně „Jednoty paní sv. Anny“ (od r. 1879 do r. 1901), po které bylo později Ernestinum pojmenované.

³⁷Za Rakouska-Uherska postupně vznikají na našem území ústavy a školy pro mentálně postižené, které Zeman (1933, s. 133) řadí do následujícího přehledu: Ústav Donnerbaumův v Lomnici u Tišnova, Chlapecká výchovna v Hradci Králové pro chlapce s mentálním postižením a poruchami chování, Ústav v Hloubětíně u Prahy pro židovskou mládež, Ústav ve Slatiňanech, Ústav v Brně Veveří.

³⁸V roce 1907 nebyl na celé Moravě ani jeden ústav pro idioty, ani jedna pomocná škola (Sedláček, 1907).

tyto instituce minimálně podporoval, spíše spoléhal na zajištění rodinou nebo dobrovolnými dárci.

Přístup k lidem s postižením byl v tomto období značně ambivalentní. Ozývaly se názory, že jsou slabomyslní ztracené existence, nelze s nimi nic učinit, nežli je zavřít. Čáda (1912, s. 7) uvádí názor myslitele Nietzscheho, který se přiklání *k utracení slabomyslných (a slabochů degenerovaných všech), jedině doporučující, aby to utracení stalo se jaksi „lidsky“, co možná „bezbolestně“*. Čáda se však dále domnívá, že *podobné rady nevyplývají snad ze zlého srdce a z nelítostné mysli, nýbrž základ jich jest v naprostém zoufání nad ubohými „ztracenými“ a nezachranitelnými“ individui*. Proto byli lidé s postižením leckdy ponecháni svému osudu a jen ti šťastnější byli umístěni do ústavu. Na druhé straně stáli jejich zastánci Čáda, Herfort, Zeman, Mauer, Sedláček a další, kteří bojovali za jejich záchranu, možnost vzdělávání a důstojný život. Čáda (1912, s. 3) také zastává názor, že *kdo otvírá ústav a školu pro slabomyslné, zavírá žaláře*.

Děti s mentálním postižením byly rozdělovány na vzdělavatelné a nevzdělavatelné. Pro první skupinu postupně vznikaly pomocné třídy a pomocné školy (Čáda, 1909). Pro osoby nevzdělavatelné byly určeny ústavy pro idioty, i když i tam se postupně vzdělávalo a zřizovaly se u nich školy. Čáda (1912) například nedoporučoval ponechávat děti s postižením v rodinách z důvodu jejich možného zanedbávání, neboť rodiče se o ně mnohdy nedokázali postarat a poskytnout jim adekvátní péči. Finanční situace však nedovolovala rozvoj škol ani ústavů, spousta potenciálních žáků či chovanců tedy neměla přístup ke vzdělání či ústavní péči³⁹.

V případě, že se o člověka s postižením nepostarali příbuzní, měla obec zabezpečit člověku s postižením alespoň základní živobytí. V opačném případě se z těchto lidí stali tuláci, žebráci, násilníci nebo kriminálníci. Sedláček (1907) popisuje, že slabomyslní byli břemenem rodině, zejména byla-li chudá, ale i domovské obci. Když rodiče odešli do zaměstnání a intaktní sourozenci do školy, slabomyslní zůstávali v lepším případě doma bez dozoru, nebo byli zavíráni do komor či chlévů. Bylo známo i několik případů týrání. Děti se dostávaly do ústavů často ve velmi zuboženém stavu⁴⁰, že už jim mnohdy ani nebylo pomoci. Případně se rodiče zbavovali zodpovědnosti za své potomky a odložili je

³⁹V roce 1912 bylo v Rakousku-Uhersku celkem 27 ústavů pro idioty s celkovým počtem 3000 chovanců (Kádner, 1931).

⁴⁰Případy zanedbávaných dětí nebyly ojedinělé ani koncem 20. let 20. století.

do blázinců, nemocnic, chudobinců, vychovatelem, nebo je opustili. Byli však i tací, kteří měli více štěstí, dostali se do ústavu, kde se zlepšil jejich zdravotní stav a zároveň zdokonalili své dovednosti. Poté se někteří osamostatnili a odcházeli z ústavu, neboť mohli vykonávat hrubší práci a vydělali si tak sami na živobytí. Když se však postižení zhoršilo, mohli se vrátit zpět do ústavu.

Ústavní péče byla i během první republiky⁴¹ nadále poskytována především řeholními řády a charitativními spolky. Z historického hlediska trend ústavní péče „nelze vnímat negativně, především proto, že poskytnout potřebnému veškerý „servis“ v rámci ústavního zařízení znamenalo v této době velký pokrok. (Matoušek, Koldinská, 2011, s. 24)

Dobrovolné organizace nadále nebyly téměř vůbec financovány z veřejných prostředků, proto byly nuceny pořádat sbírky a akce pro další rozvoj své činnosti, mezi něž patřily např. vánoční stromy republiky nebo oslavy Svátku matek (Kodymová in Matoušek, 2001). Obecně by se dalo říct, že financování⁴² těchto zařízení pocházelo z více zdrojů, s cílem materiálně zabezpečit zařízení, případně se jednalo o zajištění samotné existence. Tomu odpovídala úroveň, ale i rozsah ústavní péče v jednotlivých zařízeních, jež byla velmi rozdílná.

Ve 30. letech se vlivem hospodářské krize dostávají do popředí ideologie směřující k rasové čistotě, čili *likvidaci postižených, neboť ochrana slabomyslných, nedochůdných a zmrzačených rozmnožuje jen degenerovanost a tudíž není dobrem*. Hitlerovi se v roce

⁴¹Za první republiky byly založeny následující zařízení: Ústav v Klimkovicích, Josefsheim pro dívky ve Fryšově, Oddělení pro slabomyslné – „Marianum“ (ústav řádu sester Boží lásky) v Opavě, Psychopathenheim v Opavě, Charita, Oddělení pro slabomyslné dívky – výchovný ústav řádu Neposkvrněného početí Panny Marie ve Šternberku, Zemský ústav v Opařanech, Ústav v Kelči, Ústav ve Střelcích pro chlapce, Ústav ve Víceměřicích, Ústav v Brně na Lerchově, Domov na Lochotíně v Plzni, Útulek úchylné mládeže při sirotčinci v Plzni (Zeman, 1933, s. 133).

⁴²Výroční zpráva Vincentina z roku 1930 uvádí následující zdroje financování: *Byly to zejména příspěvky od Ministerstva veřejného zdravotnictví, Ministerstva sociální péče, Zemského úřadu v Praze, Zemského sirotčího fondu, příspěvky obcí, okresů a majetnějších příbuzných chovanců, příspěvky konferencí sv. Vincence a Spolku přátel Vincentina, odkazy dobrodinců, úroky z kmenového jmění a ze jmění nadačního a vlastního, nájem z pronajatých nemovitostí a polností a mnoho dalších organizací, podnikatelů a jednotlivců. Největším příjmem byl čistý výnos z Kalendáře Vincentina, Časopisu Vincentina 26 a ostatních tiskovin vydávaných Vincentinem (pohádky, pověsti, knihy s náboženskou tematikou..., pohlednice, svaté obrázky, reklamní letáky Vincentina a jiné (Hublar, 2013, s. 72).*

1933 podařilo zabudovat rasovou hygienu do státní politiky se schváleným zákonem, který bránil početí dědičně postiženého potomstva, na jejichž základě byly prováděny násilné sterilizace osob s postižením (Munzarová, 2008).

Na řadu pak přišla údajná „eutanazie“, ale ve skutečnosti se jednalo o vyvražďování lidí s postižením pod záminkou biologické ochrany německého národa, jenž Michalík nazývá *holocaust postižených* (2013). Ten oficiálně začal v říjnu 1939, kdy Hitler podepsal výnos, který nařizoval, aby *nevyléčitelně nemocným byla podle lidského uvážení a po kritickém posouzení povahy jejich nemoci povolena „smrt z milosti“*. (Gebhart a kol. 2000, s. 21).

Pro plynulý průběh vyhlazování byla ustavena „organizace T4“, která měla na starosti masovou likvidaci osob s mentálním a tělesným postižením, které byly hospitalizovány v psychiatrických léčebnách (Böhm, Eigelsberger a kol. 2008). V protektorátu Čechy a Morava se tzv. *Akce T4*⁴³ týkala především zabraných částí Sudet, jednalo se o ústavy v Opavě, Šternberku a Dobřanech, odkud byli chovanci⁴⁴ transportováni do záchytných míst – tzv. meziústavů nebo do plynových komor.

Od roku 1939 museli být zároveň všechny novorozené děti s postižením narozené v Německé říši nahlašovány tzv. Říšskému výboru pro vědecké podchycení dědičně a vlohově podmíněných onemocnění. Pro tyto účely byla zřízena tzv. zvláštní dětská oddělení, na kterých byly děti lékařsky vyšetřeny a mnoho z nich usmrceno. Takové oddělení s 200 lůžky se nacházelo i v Dobřanech u Plzně. (Böhm, Eigelsberger a kol., 2008)

Takové masové zabíjení nevinných lidí bylo mylně označováno jako eutanazie. Je nesporné, že tyto zločiny započaly přijetím postoje, že existuje „*život nehodný života*“. Programy se měly původně týkat těžce mentálně postižených a nevyléčitelně nemocných, ale postupně se rozšířily i na menší postižení, lidi neproduktivní, senilní, ideologicky a rasově nežádoucí. Podle Munzarové existuje přímá souvislost mezi podáním první

⁴³Název „Akce T4“ pro systematické vyvražďování lidí s duševním či psychickým postižením byl odvozen od adresy vily v Berlíně v ulici Tiergartenstraße 4, kde byla od roku 1940 centrála těchto institucí (Böhm a kol. 2010).

⁴⁴Jednalo se především o pacienty německé státní příslušnosti nebo Čechy německé státní příslušnosti, později se však jednalo i o Čechy.

smrtící injekce a vyvražděním miliónů nevinných v koncentračních táborech. (Munzarová, 2005)

3.2 Vývoj pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením od 2. poloviny 20. století

Začátkem druhé poloviny 20. století zaujímal socialistický režim segregaci přístup k lidem se zdravotním postižením (Michalík, Valenta, 2006). Již od roku 1948 byly ze sociálních služeb vytlačeny nejen církve, ale i občanské spolky, neboť veškerou péči převzal totalitní stát, který měl monopol na všechny služby (Bednář, 2012). Centralizovanost sociální péče měla pak za následek zánik samosprávy vykonávané obcemi (Koldinská, 2007). Toto období je charakteristické izolací v ústavech, kde byli postižení jedinci dobře skryti před zraky „nepostižené“ populace (Lečbych, 2006). Ústavy se zřizovaly především v odlehlejších částech Československa, nejlépe daleko od větších měst. Útočištěm „chovanců“ se v mnohých případech stávaly znárodněné zámky, bývalé kláštery či šlechtická sídla, kde péči o zdravotně postižené často zajišťovaly řádové sestry. Názory odborníků byly v této době jednotné. Nejlepším řešením pro osoby s mentálním postižením je ústavní péče (Bednář, 2012).

I v 80. letech si stát nadále udržoval svůj monopol, role občana a rodiny byla potlačena nebo úplně vyloučena. Systém byl stále centralizován a značně nedemokratický, prostor pro samostatné sociální chování rodiny a nestátních subjektů byl naprosto potlačen. Občané byli v roli pasivních příjemců dávek a služeb bez možnosti jakéhokoliv rozhodování o formě či kvalitě služby. Stát veškerou péči koncipoval, realizoval, financoval a měl kontrolu nad celou oblastí (Krebs, 2007).

Integrační postoje jsou u nás patrné až po roce 1989, což znamená asi dvacetileté zpoždění oproti evropským státům a USA (MPSV, 2007). V prvních porevolučních etapách zaznamenáváme vznik nestátních sdružení⁴⁵ na občanském principu, budování desítek a stovek nových zařízení pro podporu zdravotně postižených v oblasti školství a sociálního zabezpečení. Vzniká Vládní výbor pro zdravotně postižené a je přijat Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům (Michalík, 2006).

⁴⁵Neziskové organizace mohly být zakládány díky jednomu z prvních opatření uskutečněnému v prvním pololetí roku 1990, kdy byl v rámci novelizace zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, umožněn přístup k realizaci sociálních služeb i nestátním subjektům a organizacím.

Výchozí principy sociálních služeb po roce 1989 byly následující (Bednář, 2012, s. 8–9):

- demonopolizace sociálních služeb,
- decentralizace státní sociální správy,
- demokratizace sociální správy,
- pluralismus zdrojů pomoci,
- změna objektu sociální pomoci,
- humanizace prostředků sociální pomoci,
- přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,
- personifikace sociální pomoci,
- profesionalizace sociální pomoci.

Neziskové organizace se v tomto období snaží pomáhat rodinám, které odolaly vlivům a svoje dítě nezařadily do ústavu. Nabízejí jim poskytování alternativních sociálních služeb, zejména pak ambulantních či terénních. Rozvoj těchto služeb mnohdy brzdilo nesystémové financování a nedostatečnost plánovitého komplexního rozvoje (Bednář, 2012). Zarážejícím faktem zůstává, že i v devadesátých letech se rodiče často setkávali s doporučením lékařů, aby své postižené dítě raději dali do ústavu, kde se bude mít „lépe“ (Chvátalová, 2005).

Přesto v devadesátých letech zaznamenala ústavní péče jistý pokrok v podobě nově zakládaných ústavů rodinného typu. V mnohých zařízeních však přetrvávaly spíše autokratické způsoby řízení, kdy model kolegiality ve většině zařízení nebyl rozvíjen a nadále byla zdůrazňována subordinace s rysy totální instituce (Sekera, 2001). Zařízení se dále dělila na ústavy pro mentálně postiženou mládež, kde žili klienti ve věkovém rozpětí od tří do dvaceti šesti let a ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením, které byly určeny lidem starším 26 let také s těžším stupněm mentální retardace, popřípadě ještě kombinované s tělesnou či smyslovou vadou. V praxi však klienti často zůstávali v ústavech pro mládež i po dovršení 26. roku (Valenta, Müller, 2004).

Zákon č. 100/1988, Sb. o sociálním zabezpečení vymezoval funkci ústavní péče následovně: „Dospělým občanům s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, popřípadě při kombinaci těchto postiženích, kteří potřebují ústavní péči, se v ústavech sociální péče pro dospělé občany takto postižené poskytuje zejména bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče, a v případě potřeby osobní vybavení, a umožňuje se jim s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené

pracovní uplatnění. Dětem a mládeži s těžkým mentálním postižením se poskytuje v ústavech sociální péče pro mládež takto postiženou zejména bydlení, zaopatření, osobní vybavení, zdravotní péče, rehabilitace, výchova zaměřená též k pracovní činnosti, kulturní a rekreační péče.“

Prováděcí předpis, platný do konce roku 2006 (vyhl. č. 182/1991 Sb., ve znění platném do 31. 12. 2006), upravoval následující typy ústavů sociální péče:

- a) ústavy pro tělesně postiženou mládež,
- b) ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením,
- c) ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami,
- d) ústavy pro mentálně postiženou mládež,
- e) ústavy pro tělesně postižené dospělé občany,
- f) ústavy pro tělesně postižené občany s přidruženým mentálním postižením,
- g) ústavy pro tělesně postižené občany s více vadami,
- h) ústavy pro smyslově postižené dospělé občany,
- i) ústavy pro mentálně postižené dospělé občany,
- j) ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty,
- k) domovy důchodců,
- l) domovy-penziony pro důchodce.

Výpovědní hodnotu má i z dnešního pohledu koncepční materiál Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 1996, který vydal zprávu o stavu budov sloužících ústavům sociální péče. Otázkou zůstává, kolik těchto budov již neslouží jako pobytová zařízení.

V současné době je přibližně 10 % ústavů pro mentálně postižené umístěných ve stavbách vybudovaných před rokem 1700, 30 % v budovách z let 1701–1900, 17,6 % z let 1901–1945. Často jsou situovány do budov, které původně sloužily jiným účelům, což je zejména důsledkem vývoje po roce 1948, kdy řada ústavů byla umísťována v bývalých kláštorech, zámcích či šlechtických sídlech. Po celých 40 let nebyly na jejich rekonstrukce či modernizace vynakládány potřebné finanční prostředky. 33 % ústavů bylo situováno v obcích s počtem do 1000 obyvatel a 60,5 % do 5000. Fakticky jsou často na samotách, mimo souvislou zástavbu. (MPSV, 1996)

Na zásadní změny v ústavní péči bylo třeba počkat až do následujícího desetiletí. Konkrétně na zákon č. 108/2006, Sb. o sociálních službách, který nastartoval řadu změn

v oblasti sociálních služeb. Zařízení sociálních služeb jsou vyjmenována/uvědlena v § 34, přičemž pro naši cílovou skupinu osob s mentálním postižením jsou určeny tyto pobytové služby:

- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení.

V současné době tedy můžeme nalézt velmi různorodou škálu pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením. Pobytové služby jsou zřizovány buďto kraji, obecně prospěšnými společnostmi nebo církvemi⁴⁶ (Diakonie, Charita aj.). Již zde nacházíme diametrální rozdíly v pojetí těchto institucí. Církev a obecně prospěšné společnosti zřizují nejčastěji chráněná bydlení, která jsou součástí běžné zástavby a bydlí zde 5 až 9 osob. Uživatelé jsou směřováni k tomu, aby využívali především komunitní služby.

Pod záštitou krajů se setkáváme s domovy, kde žije 20 až 240 obyvatel. Některé z těchto domovů ještě stále nejsou koedukované. Místo v klasické zástavbě bydlí uživatelé v bývalých zámcích, které mnohdy nesplňují požadavky soukromí uživatelů, neboť stavební úpravy starobylých budov jsou mnohdy komplikované z důvodu zachování rázu památky. Některá zařízení sídlí v mladších budovách, které více odpovídají současným normám, ale nadále se zde setkáváme s dlouhými chodbami toliko příznačnými pro instituce. Existují však institucionální zařízení, která se rozhodla pro vybudování tréninkových bytů (někdy nazývaných cvičné byty, viz kap. 3.4.1) či přímo chráněného bydlení, kam většinou přechází uživatelé s menší mírou podpory. Vybrané domovy pro osoby se zdravotním postižením získávaly dotace na chráněná bydlení prostřednictvím pilotního programu Koncepce transformace sociálních služeb (viz kapitola 4), nebo některá zařízení začala samovolně/svévolně budovat povětšinou chráněná bydlení nebo terénní službu podpory samostatného bydlení.

⁴⁶Církevní instituce měly po revoluci výhodu v tom, že jim mnohdy materiální podporu i metodické postupy poskytovali církevní partneři ze zahraničí (Matoušek, Koldinská, 2011).

3.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou v zákonu č. 108/2006, Sb. o sociálních službách v §48 vymezeny jako pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností vyplývající ze zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

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

Cílem služby je poskytovat osobám s těžším stupněm mentálního či kombinovaného postižení celodenní péči a podporovat je tak v každodenních činnostech s ohledem na jejich individuální potřeby. Důležitým cílem je i rozvíjení klientů k co největší nezávislosti na službě, vedoucí k možnosti bydlení v samostatnější formě, jakými je např. chráněné bydlení, případně podpory samostatného bydlení.

Zákonem stanovenou definici upřesňuje vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Stanovuje, které činnosti jsou uživatelům domovů pro osoby se zdravotním postižením poskytovány ze strany zaměstnanců. Pro úplnost je uvedena plná citace stanovenou v § 14 dané vyhlášky:

„Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zajišťují 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,
 3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
 4. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,

5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i 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.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením patří mezi služby sociální péče, které jsou pro uživatele zpoplatněné. Vyhláška stanovuje pro uživatele maximální výši úhrady spojenou s náklady za poskytnutí stravy a ubytování. Poskytovatel služby stanoví v souladu s vyhláškou ceník poskytovaných služeb a uzavře s uživatelem smlouvu o poskytované službě.

3.4 Chráněné bydlení

Základní definici pojmu Chráněné bydlení nalezneme v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který v §51 říká, že „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo

chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“

Chráněné bydlení je tak jednou z moderních forem sociálních služeb, jež nabývá na významu zejména v současnosti, kdy dochází k procesu transformace sociálních pobytových služeb.

Uživatelé chráněného bydlení se dle svých schopností podílejí na vedení domácnosti za podpory osobního asistenta, pečovatele nebo sociálního pracovníka. Služba chráněného bydlení má značný význam pro dospělé osoby se zdravotním postižením, které jsou zaměstnány v chráněných pracovištích, nebo využívají možnosti jiných návazných služeb, např. sociálně terapeutické dílny, denní stacionáře, sociální rehabilitaci a různé aktivizační služby, které přispívají ke zvýšení samostatnosti a soběstačnosti.

Významným přínosem chráněného bydlení pro uživatele je vytváření vztahů s dalšími lidmi a možnost vytvoření přirozené sociální sítě. Hlavním cílem služby je umožnit lidem s postižením žít mimo ústavní zařízení v prostředí, které se co nejvíce podobá domácímu prostředí. Uživatel zde může rozvíjet svoji samostatnost a dovednosti tak, aby mohl žít plnohodnotným životem v běžné komunitě.

Legislativně je chráněné bydlení dále zakotveno vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Stanovuje, které činnosti jsou uživatelům služby Chráněné bydlení poskytovány zaměstnanci služby. Pro úplnost je zde opět uvedena plná citace stanovená v § 17 dané vyhlášky:

„Základní činnosti při poskytování chráněného bydlení se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:
 1. pomoc s přípravou stravy,
 2. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel,
- b) poskytnutí ubytování:
 1. ubytování, které má znaky bydlení v domácnosti,
 2. v případě potřeby praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti:
 1. pomoc při běžném úklidu a údržbě domácnosti,
 2. pomoc při údržbě domácích spotřebičů,
 3. podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,
 2. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
 3. zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání,
 4. podpora v oblasti partnerských vztahů,
 5. podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 1. doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,
 2. podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
 3. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
- f) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
 2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

Služba Chráněné bydlení patří, stejně jako domovy pro osoby se zdravotním postižením, mezi služby sociální péče, které jsou pro uživatele zpoplatněné. Vyhláška stanovuje pro uživatele maximální výši úhrady spojenou s náklady za poskytnutí stravy a ubytování. Poskytovatel služby stanoví v souladu s vyhláškou ceník poskytovaných služeb a uzavře s uživatelem smlouvu o poskytované službě.

Chráněné bydlení se vyznačuje určitou variabilitou, která se odvíjí od míry soběstačnosti uživatel. Ta je pak významným ukazatelem, podle kterého je danému uživateli vybírána vhodná forma a rozsah služeb chráněného bydlení. Zákon o sociálních službách popisuje formu skupinového nebo individuálního bydlení. V praxi se pak dle Othové (2012) setkáváme s několika formami chráněného bydlení, jimiž je:

- **Chráněné bydlení v rámci služeb ústavního zařízení**

Jedná se o typ chráněného bydlení, které navazuje na poskytování péče osobám se zdravotním postižením v zařízeních pobytového charakteru, zejména typu domova pro osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé jednotky chráněného bydlení jsou zpravidla vybudovány v areálu zařízení. Uživatelé mají k dispozici jednolůžkové nebo vícelůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením a se společnými prostory.

Cílem chráněného bydlení je nabízet uživatelům takový rozsah služeb, který je přizpůsobený jejich individuálním potřebám a požadavkům, s důrazem na co nejvyšší míru samostatnosti a nezávislosti. Dále zajišťuje kvalitní a profesionální službu, která umožňuje uživatelům jejich maximální přiblížení k běžnému způsobu života. (Othová, 2012)

Denní režim uživatelů je většinou jasně strukturovaný a podobá se režimu v pobytových zařízeních typu domova pro osoby se zdravotním postižením. Přesto je upřednostňována individuální práce s uživatelem na základě stanoveného individuálního plánu s jasně definovanými cíli, které uživateli chráněného bydlení napomáhají dosáhnout samostatnosti a podporují ho k přechodu do jiné formy sociálního bydlení a postupně k možnosti odchodu do samostatného života. (Othová, 2012)

Výhodou dané formy služby je nepřetržitá přítomnost pracovníků přímé péče, prostřednictvím které mají uživatelé stálý pocit jistoty, a operativně může být reagováno na změnu jejich potřeb.

- **Domovy rodinného typu**

Tímto typem bydlení je myšlena nemovitost, která obsahuje několik na sobě nezávislých bytů. Domov se skládá z několika bytových jednotek, přičemž každý byt má svého asistenta a 3 až 4 uživatele. Celkový počet uživatelů by však neměl překročit 20 obyvatel, protože při větším počtu uživatelů by již byl narušen charakter rodinného bydlení.

Uživatelům jsou poskytovány služby formou asistence, kdy jim asistent pomáhá při vedení domácnosti, běžných činnostech i využití volného času.

Výhodou uvedeného typu chráněného bydlení je posílení samostatného rozhodování uživatelů. I v tomto typu bydlení platí zásada respektování soukromí klientů a umožnění samostatného rozhodování v rámci jejich schopností a možností domova. (Othová, 2012)

- **Chráněné byty**

V tomto případě se jedná o standardní bytové jednotky, které jsou součástí běžné bytové zástavby a jsou svým účelem vyčleněny pro účely chráněného bydlení.

Takový typ bydlení splňuje z pohledu začlenění bydlení osoby se zdravotním postižením kritéria pro integraci. Počet uživatelů v bytě se nejčastěji pohybuje v rozmezí 1 až 5 podle velikosti bytu. Každý uživatel má v chráněném bytě vlastní pokoj, kde je plně respektováno jeho soukromí. V chráněném bytě bydlí uživatelé společně s asistentem, který jim pomáhá při vedení domácnosti. Rozsah asistence se stanovuje podle potřeb jednotlivých uživatelů. Uživatelé se sami zapojují do aktivit volného času a zároveň se zdokonalují v dovednostech a nácviku běžných denních činností a sebeobsluže.

Bydlení v chráněném bytě klade na uživatele vyšší nároky na samostatnost, schopnost spolupracovat v malé skupině, rozhodování a zároveň navazovat vztahy a komunikovat s okolím.

- **Tréninkové bydlení**

Tréninkové bydlení je v terminologii speciální pedagogiky a sociální práce novým pojmem. Dle Vymazalové a Zemanové (2010, s. 5), můžeme na tréninkové bydlení nahlížet ze dvou úhlů pohledu. „*Lze jej chápat jako synonymum cvičných bytů, které jsou zřizovány v České republice institucionálními zařízeními, především pak domovy pro osoby se zdravotním postižením. Klienti v nich mohou pobývat po omezenou dobu a výstupem by měl být přestup do samostatnější formy bydlení, ať už do chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení. Tréninkové bydlení však můžeme chápat také jako zastřešující pojem pro jakékoliv bydlení, které připravuje klienty na samostatnější formu bydlení, kdy příprava není časově nijak omezena a záleží jen na klientovi, zda a kdy se rozhodne přejít do samostatnější formy.*“

Tréninkové bydlení je důležité z hlediska přípravy na samostatný život, neboť klient má možnost naučit se základním dovednostem, osvojuje si schopnosti nezbytné pro péči o vlastní osobu a domácnost. Bydlení jej podporuje v rozvoji sociálních dovedností a ve snižování závislosti na druhé osobě, s čímž je spojeno i rozhodování o sobě samém a přijetí zodpovědnosti za svá rozhodnutí.

Tréninkové bydlení je tedy podstatnou součástí transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením a je to ta část transformace, která rozhoduje o úspěšném zařazení klienta do společenského života.

3.5 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení patří mezi terénní služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního, jejichž situace vyžaduje pomoc a podporu jiné fyzické osoby, většinou osobního asistenta. Legislativně je služba také ukotvena v § 43 zákona č. 108/2006, o sociálních službách.

Mezi základní činnosti patří poskytnutí pomoci při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Prostřednictvím této služby může klient žít víceméně běžným způsobem života, obdobně jako jeho vrstevníci, přičemž se mu dostává jen nezbytné míry podpory, kterou většinou zajišťuje asistent. U klienta je posilována samostatnost, nezávislost na ostatních osobách, neboť se učí rozhodovat sám za sebe v každodenních činnostech, což vede k jeho osobnímu růstu. Cílem služby je také podporovat přirozené vztahy, kontakt s rodinou a společenským prostředím.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, dále stanovuje, které činnosti jsou uživateli služby Chráněné bydlení poskytovány zaměstnanci služby. Uvádíme plnou citaci stanovenou v § 9 dané vyhlášky:

Podpora samostatného bydlení

(1) Základní činnosti při poskytování podpory samostatného bydlení se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti:
 - 1. pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,
 - 2. podpora při získávání návyků souvisejících se zajištěním chodu domácnosti,
 - 3. pomoc při údržbě domácích spotřebičů,
 - 4. pomoc se zajištěním stravy,
 - 5. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,
 - 6. podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami,
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
 - 1. podpora při zvládnutí výchovy dětí v rodině,
 - 2. pracovní výchovná činnost s dětmi,
 - 3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
 - 4. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
 - 5. podpora v oblasti partnerských vztahů,
 - 6. podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
 - 1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity doprovázení zpět,
 - 2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,
 - 3. podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
- d) sociálně terapeutické činnosti: socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:
 - 1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,

2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí.

(2) Maximální výše úhrady za poskytování podpory samostatného bydlení činí 120 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí.“

Ministerstvo práce a sociálních věcí předkládá v „Manuálu transformace“ následující porovnání bydlení osob v domácnosti a v instituci:

Tabulka 2: Instituce versus domácnost (MPSV, 2013, s. 92)

INSTITUTE	DOMÁCNOST
Dlouhé chodby, nejasně oddělená oblast bydlení od prostoru pro personál	Jasně definované pokoje jednotlivých obyvatel (polohou, mírou soukromí)
Orientace na provozní potřeby ústavu	Orientace na člověka a běžný život
Již zvenku se budova odlišuje od běžných staveb pro bydlení.	Stavba se zvenku neliší od okolních staveb pro bydlení.
Členění budovy na „provozy“: ústavní kuchyně, ústavní prádelna, údržba apod.	Kuchyně, komora, pračka apod. jsou součástí každé domácnosti.
Specifické názvosloví: denní místnost, herna, sesterna, lůžková část apod.	Běžné názvosloví: obývací pokoj, ložnice, kuchyň, jídelna, předsíň.
Personál vnímá celou budovu, včetně osobního prostoru uživatelů (pokoje), jako své pracoviště	Uživatel je ve svém bytě doma, pracovník si je vědom, že vstupuje do soukromí.
Vybavení obytných prostor stejným nábytkem, stejnými závěsy apod.	Vybavení nábytkem a doplňky dle vkusu uživatele.
Členění na lůžkovou část, na denní část (zde všichni jí, tráví volný čas atd.).	Důsledné členění na menší bytové jednotky, jasně definované pokoje.

Obyvatel nemá žádný pokoj, který by byl jen jeho.

Obyvatel má svůj pokoj nebo byt a má své soukromí.

4 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB

„Konflikt mezi segregacním modelem tzv. péče v ústavech a nehierarchizovanou sítí podpůrných služeb v obci je sporem o obraz člověka v této společnosti. Na jedné straně je člověk jako málo významná součást vyššího celku, člověk, který je tzv. v zájmu celku marginalizován a zvěcněn; na straně druhé člověk jako respektovaná a neopakovatelná individualita. Je zřejmé, které myšlení vede k totalitě, které ke svobodě (Cháb, 2004, s. 12).“

V následující kapitole se zaměříme na důvody, které byly stimulem pro změny v sociálních pobytových službách, ratifikaci Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, ale i na proces transformace v České republice a zkušenosti s deinstitucionalizací v zahraničí.

4.1 Důvody transformace sociálních pobytových služeb

Snaha o změny v pojetí a poskytování sociálních služeb vychází z nedostatečného naplňování potřeb osob, které tyto služby využívají. Mnohdy totiž tato pobytová zařízení neodráží potřeby klientů, ale možnosti instituce. Je však velmi náročné cokoliv měnit v případě, že instituce čítá přes 200 klientů, čemuž odpovídá asi 130 zaměstnanců. Již v roce 1961 definoval americký sociolog Ervin Goffman (Goffman, 1961, s. 6) totální instituce jako „organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od života běžných občanů moderní společnosti. Jde o místo, které slouží současně jako bydlíště i pracoviště, v němž větší počet podobně situovaných jedinců, oddělených na delší dobu od vnější společnosti, vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života.“

Společnými rysy těchto institucí jsou například činnosti, které klienti provozují pod dohledem autority. Tyto aktivity jsou prováděny pod jednou střechou podle přesného, a pro všechny přísně závazného, rozpisu, přestože v podmínkách moderní společnosti jsou provozovány odděleně a na různých místech. Smyslem aktivit je přispívat k naplňování vytyčeného cíle organizace, zpretrhání rodinných, profesních a občanských vazeb (Vávrová, 2009).

Tabulka 3: Charakteristické znaky ústavní péče (Bednář, 2012)

Lokalizace	<ul style="list-style-type: none"> • situování do budov, které původně sloužily jiným účelům • umístování na samotu, do malých obcí, extravilánu měst • velké pozemky
Architektonické členění:	<ul style="list-style-type: none"> • stereotypní architektonické řešení – správní prostory u vchodu, v každém křídle a poschodí jedno oddělení, výchovné oddělení separované do jediné části, dílny pro pracovní terapii situované do suterénu, sklepa či hospodářských stavení, dlouhé chodby, řady ložnic, množství nevyužitelného prostoru • značná centralizace – kuchyně a u ní společná jídelna (oddělená od jídelny personálu), prádelna, hromadné umývárny, sklad oblečení; veškeré aktivity se odehrávají izolovaně • nepřehlednost prostoru • minimální možnost soukromí, zároveň nedostatek míst pro scházení se • nemožnost variantních řešení • minimální podmínky pro autonomii obyvatel • bariérovost
Provozní podmínky a vybavení	<ul style="list-style-type: none"> • nevhodnost provozu • velké náklady na údržbu • uniformní, jednotné vybavení
Skladba personálu	<ul style="list-style-type: none"> • nevhodné složení a struktura personálu • oddělené povinnosti a kompetence, které se nepřekrývají a často ani „nesetkávají“ navzájem se vymežující prostředí, kastování • přesto, že komplexní péče a týmová spolupráce jsou často zdůrazňovány, patří spíše do oblasti „zbožných přání“, spíše než ke společnému dílu dochází k ohrazení vlastního prostoru

	<ul style="list-style-type: none"> • značná feminizace • potřeba velkého počtu odborných pracovníků na jednom místě
Specializace	<ul style="list-style-type: none"> • členění dle typu postižení (např. tělesně, smyslově, mentálně postižené), podle rozsahu péče a podle věku uživatelů • zařazování obyvatel s co nejvíce shodnými znaky na stejná oddělení, což má více negativních než pozitivních důsledků: málo podnětů pro „učení se žít“, třídění směrem shora dolů, nálepkování (etiketování)
Byrokracie a formalizace	<ul style="list-style-type: none"> • struktura vytváření z hlediska potřeb organizace na úkor potřeb ubytovaných • míra odpovědnosti nekoresponduje s mírou kompetencí, vše podléhá schválení nadřízeného (dodržení formální struktury bývá více zatěžující než vyřešení problému samotného)
Sociálně konstruovaná závislost	<ul style="list-style-type: none"> • vytěsnění jedince z jeho přirozeného sociálního prostředí, ze sociálních vazeb a sítí (rodina, známí, přátelé), prostoru • přirozené prostředí naopak umožňuje zajistit bezpečí (emociální i fyzické), správně reflektovat identitu a podporovat sebevědomí, nabízet příležitosti ke smysluplným činnostem

Přestože zákon č. 108/2006, Sb. o sociálních službách, včetně standardů kvality, měl velký dopad na změnu podoby těchto služeb, stále nacházíme příkoří, která se ještě nepodařilo vyřešit. Kromě českých dokumentů a ustanovení vchází v roce 2009 v platnost Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením⁴⁷, kterou ratifikovala i Česká republika⁴⁸ jako jedna z mnoha zemí. Pro naši práci je velmi významný Článek 19, který

⁴⁷Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD) zahrnuje množství práv jako např. prosazování rovnoprávnosti a ochrany před diskriminací, právo na soukromí, odstranění mučení nebo krutého nebo ponižujícího zacházení, právo na přístup ke spravedlnosti a účast na politickém a veřejném životě, právo na vzdělání a zaměstnání, život ve společnosti a nezávislý život.

⁴⁸Ratifikační listina České republiky byla uložena u generálního tajemníka Organizace spojených národů, deponitáře Úmluvy, dne 28. září 2009. Pro Českou republiku tak vstoupila Úmluva v platnost podle svého

zdůrazňuje základní principy nezávislého života a stanoví, že státy zajistí, aby: „Lidé se zdravotním postižením měli možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyli nuceni žít ve specifickém prostředí.“ (MPSV, 2010, s. 12)

Vlády dále musí zajistit, aby lidé s postižením měli přístup ke komunitním podpůrným službám, které podporují život a zapojení ve společnosti a zabraňují izolaci nebo segregaci (MPSV, 2010). Lidé se zdravotním postižením mají mít přístup ke komunitním službám a zařízením určeným široké veřejnosti (a aby tyto služby braly v úvahu jejich potřeby).

Evropská koalice pro komunitní život (ECCL⁴⁹, 2009) předkládá několik doporučení pro vlády a Evropskou komisi. Z našeho pohledu je důležité „Doporučení 8“, které vybízí k tomu, aby nebylo používáno veřejných zdrojů pro rekonstrukce nebo výstavbu nových ústavů. Trvajících institucionalizace lidí s postižením v ústavech dlouhodobého pobytu (často na celý život), která je běžná v mnoha částech Evropy, představuje závažné porušení práv vyplývajících z Úmluvy CRPD, zejména pak z Článku 19. Investice a finanční podpora, směřované do stávajících ústavů pro lidi s postižením, by měly být omezeny na cílené zásahy – opatření, která jsou nezbytná pro řešení rizik v oblasti zdraví a bezpečnosti klientů – a měly by být doprovázeny plánem na vytvoření alternativních komunitních služeb a uzavření konkrétních ústavů.

Během posledních deseti let se objevilo mnoho zpráv popisujících porušování lidských práv⁵⁰ v ústavech dlouhodobého pobytu ve střední a východní Evropě. Bývá upozorňováno zejména na nedobrovolné umístění bez nezávislého posouzení, ořesné životní podmínky, nedostatek soukromí a neexistence rehabilitačních a terapeutických aktivit. Nicméně zlepšování podmínek v rámci ústavů není řešením. Článek 19 jasně říká, že

článku 45 odst. 2 dne 28. října 2009. Na základě článku 10 Ústavy se stala Úmluva po svém vyhlášení dne 12. února 2010 součástí právního řádu ČR. K ratifikaci Opčního protokolu Česká republika zatím nepřistoupila. (Makovcová, 2010)

⁴⁹ECCL – European Coalition for Community Living – Evropská koalice pro komunitní život

⁵⁰Porušování lidských práv v prostředí ústavů ovšem není výhradně problémem střední a východní Evropy. Studie z roku 2006 zaměřená na péči o lidi s poruchami učení a jejich léčbu v Británii zjistila, že mnozí klienti byli několik let vystaveni zneužívání. Ve svém závěru studie konstatuje, že „porušování práv v ústavech je široce rozšířené“.

neoprávněná segregace lidí s postižením v ústavech je sama o sobě porušováním lidských práv. (ECCL, 2009)

4.2 Transformace sociálních pobytových služeb

Do roku 2010 žilo v České republice v domovech pro osoby se zdravotním postižením více než 20 000 osob s mentálním nebo kombinovaným postižením. Podle statistik jsme byli pátým státem v Evropě, který má v takové míře rozšířenou institucionální péči (Quip, 2010). Tento trend by mělo změnit usnesení vlády České republiky č. 127 ze dne 21. února 2007 na základě přijatého materiálu *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*⁵¹, jehož hlavním cílem je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením tak prostřednictvím transformace přecházejí z ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je srovnatelný s jejich vrstevníky (TRASS, 2011). Transformace je dle MPSV dlouhodobý proces přeměny, který vede ke zvýšení kvality života osob, dosud žijících v ústavních zařízeních.

Dalším pilířem této *Koncepce* se stal od roku 2007 pilotní projekt MPSV *Podpora transformace sociálních služeb*⁵², který je financovaný z Evropského sociálního fondu, z něhož bylo možno čerpat zhruba 1,4 miliardy korun (TRASS, 2011). Projekt si kladl za cíl podpořit transformaci pobytových sociálních služeb, přispět k deinstitucionalizaci a na základě individuálních potřeb uživatelů je začlenit do přirozené komunity a zajistit plnění stanovených cílů *Koncepce* (MPSV, 2010). Do pilotního projektu Podpory transformace sociálních služeb bylo zapojeno 32 institucionálních zařízení z celé České republiky, která poskytují služby zhruba 3 800 lidem se zdravotním postižením (TRASS, 2012).

⁵¹Koncepce je vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tedy Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006–2008 a na léta 2008–2010, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod (MPSV, 2013).

⁵²Podpora transformace pobytových sociálních služeb v České republice vychází z hlavních priorit Národního rozvojového plánu pro období 2007–2013 a Národního strategického referenčního rámce 2007–2013. Na výše uvedené strategické dokumenty a Lisabonskou strategii, která je označována za program zásadních reforem úzce navazuje Integrovaný operační program pro programovací období 2007–2013.

Předpokládáme, že ministerstvo odečetlo 3 800 osob od původních 20 000 uživatelů, neboť ty byly zahrnuty do pilotního programu transformace a ministerstvo tak uvádí, že v domovech žije zhruba 16 000 osob (TRASS, 2012).⁵³

Od června 2013 se pak rozbíhá navazující individuální projekt „Transformace sociálních služeb“, který realizuje Odbor implementace fondů EU a Odbor sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí. Hlavní cíl projektu spočívá v podpoře přechodu klientů z ústavní služby do služby komunitní a ve zkvalitnění sociálních služeb, jež by měly být poskytovány na základě individuálních potřeb jednotlivců. Do projektu je zapojeno 40 zařízení ze všech krajů ČR, vyjma Prahy, přičemž část zařízení (27 z nich) se již účastnila pilotního programu, zbylá vstupují do projektu nově (MPSV, 2013).

Projekt je podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR a měl by trvat do června roku 2015. Mezi klíčové aktivity projektu patří vyhodnocování průběhu transformace a jejich dopadů, konzultace a supervize, vzdělávání, propagace transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb (TRASS, 2013).

Důležitou roli v procesu transformace sehrálo *Národní centrum podpory transformace sociálních služeb*, které vzniklo ke konci roku 2010. Centrum bylo financováno z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím programu OP- LZZ (Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost) mělo za úkol vzdělávat a podporovat účastníky transformačního procesu.

Cílem Národního centra byla podpora zapojených organizací v transformačním procesu prostřednictvím personálního zajištění. V pilotních zařízeních tak pracovali koordinátoři transformačního procesu, kteří dále spolupracovali s krajským pracovníkem Národního centra. Mezi další náplň činnosti centra patřilo zajišťování vzdělávacích programů, seminářů a workshopů, poskytování konzultací a metodickou podporu při tvorbě transformačních plánů včetně investičních projektů, vytvářelo analýzy a metodické

⁵³Za dobu trvání projektu MPSV ČR Podpora transformace sociálních služeb odešlo z ústavního prostředí asi 500 osob, přičemž se 101 lidí přestěhovalo z ústavů do rodinného prostředí nebo odešli do vlastního bydlení. Dalších 344 osob začalo využívat komunitní sociální služby. Hlavní část změny je plánovaná na období 2014—15, kdy bude dokončena výstavba a nákup nových bytů a domů podpořený z Integrovaného operačního programu. (TRASS, 2012)

nástroje, odrážející průběh transformace a v neposlední řadě pak informovalo o transformaci veřejnost (TRASS, 2012).

4.3 Deinstitutionalizace

S transformací sociálních pobytových služeb se úzce pojí i pojem deinstitutionalizace, se kterým se setkáváme i v zahraničních zdrojích. MPSV (2009, s. 3) pak definuje deinstitutionalizaci jako *proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne na potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v „komunitě“.*

Poslední definice deinstitutionalizace publikovaná v Manuálu transformace ústavů (s. 46, 2013) uvádí, že deinstitutionalizace je proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitutionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci. (2013, s. 46)

Deinstitutionalizace je dále označována za jeden z komponentů humanizace, která lze chápat jako proces vedoucí k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňovala práva a potřeby uživatelů.

Dle Mezinárodní organizace ENIL (European Network on Independent Living) je deinstitutionalizace charakterizována jako politický proces, který umožňuje přechod člověka s postižením či jiným znevýhodněním od ústavní péče k nezávislému životu. Skutečná deinstitutionalizace pak nastane, když je lidem umístěným v institucích dána možnost využít jiné způsoby organizování svých každodenních činností při poskytování:

- přijatelného a dostupného bydlení v komunitě,
- přístupu k veřejným službám,
- služeb osobní asistence,
- vzájemné podpory mezi lidmi v podobné situaci. (ENIL, 2010, s. 1)

Manuál transformace ústavů vydaný Ministerstvem práce a sociálních věcí vymezuje principy deinstitucionalizace, jež vycházejí z šestiletého projektu Podpora transformace sociálních služeb, následovně:

Principy deinstitucionalizace (s. 18–19, 2013):

- *V každém okamžiku v průběhu deinstitucionalizace je nutné sledovat, zda změny směřují k začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života společnosti. (Např. zda v nově vytvořené domácnosti sociální služby nedochází k tomu, že zde uživatelé sice žijí v lepších podmínkách, ale izolováni od okolí bez dalších vztahů mimo kontakty s pracovníky služby; zda služba, kterou uživatel využívá namísto původní ústavní služby, neposkytuje málo, nebo naopak příliš podpory, která uživatele brzdí v rozvoji či opuštění sociální služby apod.)*
- *V každém okamžiku v průběhu deinstitucionalizace je nutné sledovat, zda jsou naplňována práva uživatelů sociálních služeb. (Proces deinstitucionalizace s sebou přináší mimo jiné nutnost, aby řada lidí udělala řadu velkých rozhodnutí. Je důležité, aby tato rozhodnutí nepoškodila uživatele sociálních služeb a nebyla v rozporu s jejich potřebami a zájmy.)*
- *Změny v průběhu deinstitucionalizace se týkají všech lidí, kteří jsou či budou uživateli sociálních služeb (nelze je vztahovat např. pouze na lidi, kteří potřebují nižší míru podpory).*
- *Rozhodování o deinstitucionalizaci se účastní všichni, jichž se týká, zejména pak uživatelé služeb. (Součástí procesu deinstitucionalizace je také práce na tom, aby lidé se zdravotním postižením měli dostatek kompetencí, dovedností a podpory k tomu, aby dokázali vyjádřit svůj názor.)*
- *V průběhu deinstitucionalizace je zajištěno bezpečí uživatelů sociálních služeb, zejm. při rušení ústavních služeb (a to i po odejití z ústavu), nejvíce ohrožení jsou nejvíce chráněni. (Nejvíce ohroženy jsou děti a také lidé, u kterých si nejsme jejich přáním jisti, lidé, kteří nekomunikují běžným způsobem.)*
- *Součástí deinstitucionalizace je zvyšování povědomí veřejnosti o otázkách spojených se zdravotním postižením, lidskými právy, začleňováním do společnosti, využíváním sociálních služeb a deinstitucionalizací.*
- *Deinstitucionalizace je řízený proces, který je pravidelně vyhodnocován. (Deinstitucionalizace je rozsáhlá změna, která nemůže probíhat náhodně nebo nahodile. Jinak je ohroženo bezpečí jejích účastníků.)*

- *Deinstitucionalizace se týká všech oblastí života uživatelů sociálních služeb. (Neomezuje se jen na sociální služby, zahrnuje např. i oblast vzdělávání, zaměstnávání, zdravotní péče, právního postavení uživatelů, bariérovosti prostředí.)*

4.4 Možné překážky a rizika transformace a deinstitucionalizace

Každý proces přeměny s sebou nese rizika vyplývající z nových, mnohdy neočekávaných situací s absencí zkušeností. V krajním případě se může stát, že vzhledem k množství překážek, a s ním spojeným neúspěchem procesu, může dojít k jeho pozastavení nebo úplnému ukončení. Během pilotního projektu Podpora transformace sociálních služeb několik zařízení z procesu vystoupilo. Na rizika a možné překážky upozorňuje i mezinárodní Zpráva Ad-hoc expertní skupiny, ale i někteří čeští autoři. Kupříkladu Kubalčíková (in Matoušek, 2013) upozorňuje na nutnost důsledné přípravy v procesu deinstitucionalizace, která se vyznačuje:

- důkladnou znalostí potřeb uživatelů,
- adekvátní informovaností současných i potenciálních uživatelů,
- dostatečnými personálními kapacitami a kvalifikovanými pracovníky,
- odpovídajícím množstvím terénních a ambulantních služeb
- spoluprací s neformálními poskytovateli pomoci (srov. Brathová, Mach, 2011).

Důležitá je také práce s veřejností, neboť představuje významný prvek začlenění uživatelů služeb do života v běžné komunitě.

Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči (2009) upozorňuje na problémy, které se mohou vyskytnout před započatím procesu deinstitucionalizace nebo v jeho průběhu:

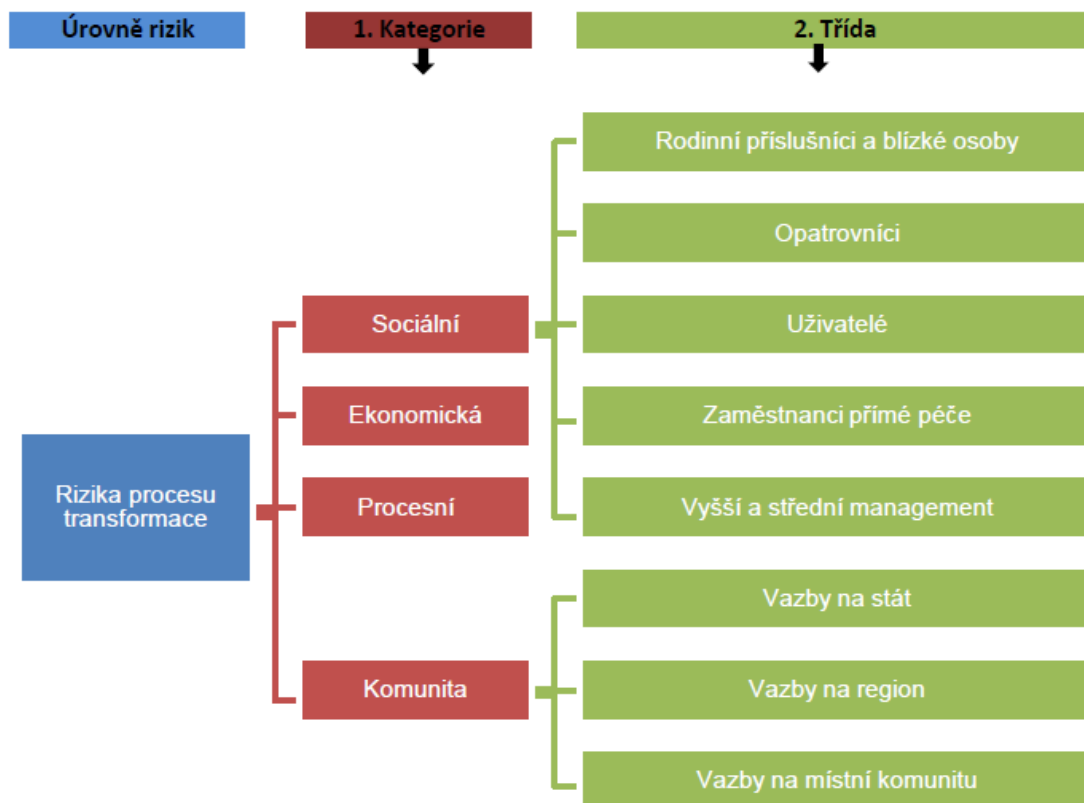
- Přeinvestování současného institucionálního zařízení – s cílem humanizace ústavního zařízení dochází k čerpání zdrojů a zlepšování podmínek uživatelů. To však následně vede k argumentacím, že je nevhodné zavírat zařízení, kde se již proinvestovalo tolik finančních prostředků a zároveň vytvářet služby nové – komunitní. Další překážkou může být následné využití stávající budovy, která by měla být uzavřena. V ideálním případě je zařízení prodáno a finance využity pro další investice do komunitních služeb.

- Riziko udržování paralelních služeb – vzhledem k tomu, že proces transformace většinou trvá několik let, dochází v tzv. přechodném období k financování dvou služeb, a to služeb v komunitě a v instituci. Toto období trvá tak dlouho, než všichni klienti začnou využívat komunitní služby. V případě snížení toku peněz z veřejného rozpočtu může dojít k rozhodnutí, že nová služba je příliš drahá a bude jednodušší ji zrušit a navrátit klienty do ústavního zařízení.
- Přestěhování pouze klientů s lehčím postižením, u kterých je začlenění snazší, a zároveň již nedochází k přechodu ke komunitním službám u osob s těžším postižením. Je třeba však zamezit těmto tendencím a od počátků začleňovat i tyto jedince do procesu deinstitucionalizace, protože tak nebude nikdy proces dokončen a nadále bude potřeba financovat dvě služby. Dalším rizikem je situace, kdy na volná místa v instituci jsou dosazováni klienti noví, dokonce z jiných cílových skupin než bylo původně míněno.
- Příliš instituční alternativy – mezi tyto alternativy mohou patřit zařízení, která mají neadekvátní velikost. Např. stát se rozhodne pro proces deinstitucionalizace, ale legislativní stanovy povolují vytvářet pobytová zařízení, která jsou určena pro maximálně 80 klientů. Případně se stávající zařízení architektonicky upraví do podoby bytového domu, kde sice klienti mají samostatné byty, ale nadále přetrvává instituční kultura, neboť areál je izolován od okolního světa.

Rušení institucí bez odpovídajících alternativ – některé země si stanovují vládní programy s cíli např. do 5 let snížit o 50% počet klientů v institucích. Řada stávajících služeb je tak zrušena, ale nejsou ještě zřízeny služby nové, což vede k nekompletní reformě a snížení kvality života a tím poškození uživatelů. Jedná se pouze o administrativní řešení bez zohlednění potřeb klientů.

V roce 2011 si MPSV ČR nechalo vypracovat dokument s názvem Registr rizik autory Brathovou a Machem, který by měl být souborem identifikovaných potenciálních i skutečných rizik procesu transformace, ať už systémových nebo vyplývajících z praktických zkušeností s konkrétními procesy v zařízeních zapojených do pilotního programu.

Do první kategorie patří rizika ekonomická, sociální, procesní a komunita. Stručně popíšeme rizika ekonomická, procesní a riziko komunity, zaměříme se především na kategorii sociálních rizik.



Obrázek 4: Registr rizik procesu transformace a jejich úrovně (Brathová, Mach, 2011, s. 5)

Ekonomickým rizikem je především nedostatek peněz pro zřízení nových služeb (např. investice na výstavbu, vybavení služby apod.), ale i následné pokrytí provozních nákladů. Zařízení se mohou potýkat s nepravdělností plateb, případně může dojít k ekonomickým ztrátám již při nevhodně zvolených dílčích postupech v procesu transformace.

Mezi procesní rizika patří např.:

- nedostatek vhodných nemovitostí či pozemků pro výstavbu chráněných bydlení,
- nedodržení kritérií transformace zapříčiněných finančními limity,
- změna postoje zřizovatele spojená většinou se změnou politického zastoupení.

Dále nejsou vytvořeny mechanismy zabraňující přijímání nových uživatelů do ústavních zařízení ani mechanismy zabraňující vzniku nových institucí. Některá zařízení se netransformují celá a část uživatelů původní instituce zůstává v dosavadních prostorách s nevyhovujícími podmínkami. Případně se do komunitních služeb přenášejí institucionální prvky nebo chybí dostatečné personální zajištění služby apod.

Rizika spojená s komunitou vycházejí z vazeb na stát, region nebo danou lokalitu a mohou jimi být např.:

- nedostatečná nabídka pro denní programy a volnočasové aktivity,
- negativní postoj sousedů k novým obyvatelům nebo nesouhlas představitelů obce s transformací, ve které je ústavní zařízení (obyvatelé obce mohou přijít o pracovní místa),
- problémy se získáním obvodních lékařů v nových lokalitách,
- nedostatečné zdroje dobrovolníků,
- absence pracovních příležitostí pro uživatele služby.

Z vazeb na region mohou vyvstat rizika v souvislosti s negativní medializací zařízení a dílčích kroků transformace, případně nedostatek politické podpory ze strany kraje a zvýšený tlak na setrvání ve stávajících podmínkách, „protože se do zařízení tolik investovalo“ (srov. Zpráva Ad-hoc, 2009), případně nepochopení procesu deinstitucionalizace ze strany institucí a odborné veřejnosti (např. úředníků, soudců, soudních znalců, lékařů apod.). Na celostátní úrovni se pak může jednat o necitlivé prosazování transformace (nevhodná práce s negativními postoji uživatelů), problémy se zajištěním udržení investičních akcí a především absence právních předpisů nereflektujících proces transformace. (Brathová, Mach, 2011)

Sociální rizika (Brathová, Mach, 2011, s. 9-14):

a) Sociální opatrovníci:

- někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů
- obavy opatrovníků z důsledků navrácení způsobilosti k právním úkonům⁵⁴
- změna postojů opatrovníků v průběhu procesu

b) Rodinní příslušníci a blízké osoby:

- zvýšená nespokojenost rodin a blízkých osob se způsobem nově poskytovaných sociálních služeb a přechodem do těchto služeb
- nesouhlas rodin některých uživatelů s jejich stěhováním a větším osamostatněním

c) Sociální uživatelé:

- odmítnutí uživatelů účastnit se procesu transformace

⁵⁴Nový Občanský zákoník pracuje s pojmem svéprávnost, která se dá jen omezit, ne odebrat.

- riziko zneužití uživatele včetně možnosti zneužití osobních dat uživatelů (získání možných rychlých úvěrů, uzavírání nevýhodných smluv)
- reakce na změnu a s ní spojené důsledky – zvýšená odpovědnost za sebe, nároky na samostatnost (apatie, agrese, regrese, sebepoškozování a případné zhoršování zdravotního stavu uživatelů...)
- nedostatek příležitostí a podmínek pro smysluplné trávení času
- neobvyklé/obtěžující chování na veřejnosti (hlučnost, nevhodné sexuální projevy, znečišťování okolí)
- poskytovatel nevhodně zvolí personální a materiální podmínky transformované služby u některých uživatelů – uživatelé s asociálním, rizikovým chováním, psychiatrickou dg. (např. sexuální úchytky)
- nedostatek finančních prostředků uživatelů – zvýšení finančních nároků na běžný život
- zklamání uživatelů ze změny
- nezvládnutí samostatného způsobu života
- ovlivňování uživatele jinými osobami (zaměstnanec, opatrovník, rodinní příslušníci, přátelé), které vyvolává obavy ze změn (přechodu, nové služby)
- nepřijetí uživatelů v dané lokalitě

d) Sociální zaměstnanci

- zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci – odpovědnost za uživatele, za škodu
- obavy zaměstnanců z „nového“
- neschopnost či neochota zaměstnanců zvládnout nové pracovní podmínky
- zaměstnanci špatně odhadnou/odhadují možnosti/schopnosti uživatelů (podceňují nebo přeceňují)
- zvýšená zátěž (stres) u zaměstnanců, zejména v době přípravy na stěhování, vlastního stěhování a počátku fungování v nových službách
- odpor některého personálu vůči změnám

e) Sociální management:

- formální provádění transformace (snaha o zachování pozice, jen formální změny)
- vytváření teoretických/nefunkčních postupů a pravidel (bez spoluúčasti zaměstnanců, neodpovídá denní realitě)

- direktivní způsob řízení managementu, který neumožňuje zapojení zaměstnanců (např. zaměstnanci přímé péče nejsou zapojeni do procesu transformace...)
- předávání nevhodných způsobů práce novým zaměstnancům (přenos institucionálních prvků)
- nepřizpůsobení se zaměstnanců nově nastaveným pracovním podmínkám (převod způsobů práce z ústavu do chráněných bydlení, tzn. vznik malých ústavních zařízení)
- podcenění přípravy uživatelů s vysokou mírou podpory na přechod
- snaha najít využití pro všechny personál za každou cenu
- nedostatek kvalitních a profesně zdatných pracovníků pro poskytování přímé péče
- fluktuace zaměstnanců (častá změna při přípravě a přechodu uživatelů)
- neochota transformujícího zařízení spolupracovat s jinými poskytovateli (např. poskytovatel neinformuje o nabídkách jiných poskytovatelů, nevyužívá nabídek/kapacit jiných poskytovatelů při přechodu uživatelů do nových služeb)
- zhodnocení míry podpory neodpovídá reálným potřebám uživatelů
- rozpory v týmu – někteří jsou pro a někteří proti transformaci (přenášení na způsoby práce...)

4.5 Procesy přeměny v zahraničí

Jak vyplývá ze zahraničních zdrojů, proces deinstitutionalizace probíhá ve vyspělých státech již několik desetiletí. V následujících podkapitolách si nastíníme tento proces ve vybraných státech, které nám mohou poskytovat jak příklady dobré praxe, tak i úskalí se kterými se můžeme setkat i v českých podmínkách.

4.5.1 Deinstitutionalizace v U.S.A.

Dle Grunewalda (2003) došlo v 60. letech v U.S.A. k hromadnému uzavírání ústavů. Tento pokus se však setkal s velkou kritikou, a to ze dvou zásadních důvodů:

- systém nebyl připraven poskytovat podporu lidem s postižením formou náhradních zařízení,

- druhým kamenem úrazu bylo dle COA (Centre of Outcomes Analysis) nedostatečnost v jasném rozlišování deinstitutionalizace na poli osob s mentálním postižením a deinstitutionalizace v oblasti duševního zdraví.

Deinstitutionalizace osob s duševním onemocněním byla provedena kvapně a bez podpory. Desítky tisíc lidí byly jednoduše „propuštěny“ s léky na 30 dní s tím, že neměli kde žít, neměli práci ani denní aktivity a žádnou podporu ze strany rodiny. Tento způsob politiky vedené v Kalifornii během 60. a 70. let se rozšiřoval do ostatních států U.S.A., jako řešení pro přelidněné instituce, které nebyly schopny poskytnout adekvátní klinické služby. Výsledkem byla „národní ostuda“ (COA, 2006), včetně dalšího velkého problému – bezdomovectví.

V případě osob s mentálním postižením byla deinstitutionalizace z velkých ústavů do malého komunitního bydlení velmi úspěšná. Podle COA procesem deinstitutionalizace prošlo 100 000 obyvatel⁵⁵. COA pak prováděla longitudinální studie (trvajících 25 let) a zaznamenala oblasti, kde došlo prostřednictvím deinstitutionalizace ke zlepšení kvality života v následujících oblastech:

- nezávislost,
- produktivita,
- integrace,
- přístup na místa hlavního proudu amerického života,
- přístup ke službám,
- zdraví,
- využívání zdravotní péče,
- duševní zdraví,
- přátelství,
- fyzické pohodlí,
- ochrana dat,
- individuální péče,
- dodržování důstojnosti a lidských práv ze strany zaměstnanců,
- učení se samostatnému rozhodování,

⁵⁵Deinstitutionalizace měla od roku 1969 spoustu odpůrců a zároveň propagátorů, v 80. letech se však proces zpomalil. K prudkému nárůstu došlo v období let 1993–1997, což bylo přímým důsledkem žalob státu, který neposkytoval adekvátní služby (příklad Kalifornie).

- osobní spokojenost s různými aspekty života,
- uspokojení členů rodiny a "okruhu přátel", kteří se o osobu starají.

Pozitivem byla i změna postoje rodiny ke svým příslušníkům s postižením, ti plně podporují život v komunitě. Čtyři obvyklé argumenty (hluboké mentální postižení, problémové chování, medicí fragility a pokročilý věk) byly přesvědčivě diskreditovány pečlivě kontrolovanými studii.

Všechny studie zatím prokázaly, že komunitní model služeb je levnější než model instituce, neboť platy v komunitních službách jsou nižší než v instituci (COA, 2006).

4.5.2 Deinstitutionalizace ve Velké Británii

Příklady úspěšné praxe můžeme sledovat ve skandinávských státech, ale také ve Velké Británii, přestože oba přístupy jsou značně odlišné.

V 80. letech, kdy se premiérkou stala Margaret Thatcherová, došlo k reformě systému sociálních služeb s důrazem na změnu financování a na privatizaci v této oblasti. Sociální služby poskytované veřejným sektorem totiž nebyly efektivní a nedostávalo se jich v potřebném rozsahu ani v dostatečné kvalitě. Cestou k řešení této situace bylo vytvoření systému kvazi-trhů (quasi-markets⁵⁶), jež spočívá v zavedení tržních mechanismů do systémů sociálních služeb, mající následně podobu konkurenčního prostředí (Matoušek, 2011). Stát tedy sám nezajišťuje sociální služby, ale dohlíží na její kvalitu a plně financuje příspěvky potřebným.

Přibližně třicet let dochází vlivem reform k postupnému rozpouštění velkých pobytových zařízení a v současnosti se můžeme setkat s rezidenčními službami pro maximálně osm klientů (MPSV, 2010). Dle slov Alfreda Richtera (Quip, 2010) je ve Velké Británii „ústav“ v našich podmínkách velmi dobré chráněné bydlení pro zhruba 5 osob. Transformační proces však ve Velké Británii i nadále pokračuje. Zaměřuje se na snižování kapacit rezidenčních služeb s tím, že služby jsou integrovány do běžné zástavby tak, aby klienti mohli využívat občanskou vybavenost komunity a nebyly narušeny vazby s rodinou a společností.

⁵⁶Systém quasi-markets je definován v zákoně z roku 1989, Národní zdravotnické služby a komunitní péče (National Health Service and Community Care Act 1989).

V Británii je specifickým péčovským a adopčním službami pro děti s postižením, kdy úřad zajišťuje všechny pěstouny a vyplácí jim za péči příspěvky. Existují služby neziskových organizací, jejichž cílem je život v běžném prostředí komunity a dosažení co největší samostatnosti. Další organizace zajišťují denní aktivity a tréninkové byty v běžné zástavbě, které slouží k nácviku samostatného bydlení (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2010). Tyto služby hradí klienti finančními prostředky získanými z tzv. Direct Payments⁵⁷ (přímá platba) a Personal Budget⁵⁸ (osobní rozpočet). Prostřednictvím těchto příspěvků může žít člověk s postižením sám ve svém vlastním domě či bytě, v lokalitě, kterou si vybral a dostává se mu takové míry podpory, kterou potřebuje.

Dle informací zveřejněných Ministerstvem práce a sociálních věcí byl inspirací pro přípravu transformace v ČR právě model pocházející z Velké Británie (MPSV, 2010).

4.5.3 Deinstitutionalizace ve Švédsku

Skandinávský model sociálních služeb patří k jedněm z nejtědřejších, nejnákladnějších a zároveň nejpestřejších nejen v Evropě. Systém se zaměřuje především na poskytování služeb v domácím prostředí a podpoře rodin a jejich vazeb bez zbytečné segregace (Matoušek, 2011).

První myšlenky změny systému jsou ve Švédsku datovány do 60. let, kdy jsou kritizovány poměry v ústavních zařízeních, která nenabízejí dostatek denních aktivit a zároveň jsou tyto aktivity poskytovány přímo v instituci (Ericsson, 2000). Zásadní zlom pak nastal v roce 1985, kdy byl přijat zákon o postupném rušení ústavů, neboť každý bez ohledu na druh a míru mentálního postižení má právo na život mimo ústav (Quip, 2008). Deinstitutionalizace probíhala jako součást reformy veřejné zprávy, při níž služby přecházely z regionů na obce. Proces změny trval asi 10–15 let, přičemž někteří klienti ve stávajících službách dožili, ale noví klienti již do ústavů nebyli přijímáni (Ericsson, 2000).

⁵⁷ Direct payments – cílem je zvýšit nezávislost a možnost volby jednotlivce tím, že získává kontrolu nad svými službami, které přijímá. Je to platba v hotovosti určená místními úřady (local authority) pro využití sociálních služeb. Peníze musí být využity příjemcem pro nákup služeb, které potřebuje. Počátky těchto příspěvků jsou datovány do druhé poloviny 90. let. (Gheera, 2012, s. 4)

⁵⁸ Personal budgets – osobní rozpočty jsou přidělené finanční prostředky udělené uživatelům na základě posouzení jejich potřeb. Uživatelé mohou vzít svůj osobní rozpočet jako přímé platby, které jim dávají řadu možností pro plnění konkrétních potřeb a přání. Jsou flexibilní, klient může jít např. do kavárny, na oběd, nebo zaměstnat asistenta v době, která mu vyhovuje. (Gheera, 2012, s. 5)

Dle Grunewalda žilo v roce 2003 zhruba 60% osob s mentálním postižením ve skupinových domovech⁵⁹, 20% se svými rodinami a 20% využívalo formu samostatného bydlení. Každý rok však přibývá těch, kteří se přestěhují ze skupinového domova do samostatného bytu v sousedství, neboť dosáhli pokroků v sociálních dovednostech a snížila se jejich závislost.

Významným aspektem byl také vývoj od denních center k aktivitám skupin, neboť dle Ericssona (1999) představují denní centra a chráněné dílny zastaralý model trávení času ve speciálním prostředí, který shromažďuje a segreguje pod záminkou ochrany. Východiskem byla podpora jednotlivých osob ze strany personálu při výběru činností, účasti na kurzech, ale i zapojení se do klubů, organizací apod. Výsledkem byla velmi dobrá adaptace osob s mentálním postižením v podobě získávání nových přátel a navazování známostí uvnitř komunity (Grunewald, 2003).

4.5.4 Deinstitutionalizace ve Finsku

Deinstitutionalizace je mezinárodní společný trend od roku 1970 v péči o osoby s mentálním postižením, ale první signály tohoto směru byly pozorovány již v roce 1950. Významné změny však přichází až v posledních dvou dekadách, kdy bylo realizováno několik politických programů, akční plány a praktické změny v oblasti bydlení osob s mentálním postižením. To dává jedinečnou příležitost ke studiu tohoto problému jako praktického a ideologického procesu, ale zejména jako posun v decentralizaci jednoho institucionálního obytného komplexu.

Současné možnosti v oblasti pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením se dělí na:

- ubytovací služby (service housing),
- podporované bydlení (supported accommodation),
- asistované bydlení (assisted housing),
- bydlení s dohledem (supervised housing).

⁵⁹Skupinový domov může být umístěn v obytných budovách, řadových a rodinných domech. Vedle sebe existuje několik sousedících bytů, kdy jeden bývá vyčleněn pro personál a slouží jako místo, kde se obyvatelé mohou setkávat (Grunewald, 2003).

Tyto druhy jsou alternativou vůči jiným formám bydlení, jako je ústavní péče, která představuje klesající podíl z celkového počtu⁶⁰.

The Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities (FAIDD, 2012) uvádí, že na deinstitucionalizaci a její proces lze pohlížet ze dvou hledisek: na úrovni zaměstnanců, se zaměřením na názory zaměstnanců týkajících se jejich práce, a na organizační úrovni, zkoumání organizačních změn systému péče z ústavní péče na individuální bydlení. Hlavním interpretačním rámcem je pak Giddensova strukturační teorie společenské změny.

⁶⁰V roce 2004 pak využívalo služeb pro osoby s mentálním postižením asi 26 500 lidí. Z nichž asi 45% žilo se svými rodinami a 12% samostatně, zatímco 29% bylo ubytováno v domovech se službami, 10% bylo v ústavní péči a 4% v rodinné péči.

5 KVALITA ŽIVOTA A SPOKOJENOST

Poslední kapitola teoretické části práce se zabývá kvalitou života a je zaměřena na významnou komponentu, kterou je spokojenost. Důvodem deskripce tohoto fenoménu je zaměření výzkumné části práce na spokojenost uživatelů v sociálních pobytových službách úzce související s transformací těchto služeb. V českých podmínkách se autoři věnují samotné spokojenosti, životní spokojenosti či osobní pohodě velmi okrajově, ve výzkumech i odborných publikacích nadále převládá zaměření na kvalitu života jako na větší celek. Cílem kapitoly je popsat a vymezit spokojenost a naznačit obecné možnosti jejího měření a s ním související dilemata.

5.1 Vymezení kvality života

S pojmem kvalita života se v současnosti setkáváme téměř ve všech oborech lidského působení. Pojem byl poprvé aplikován počátkem 20. století v kontextu ekonomického růstu a od 70. let byl pevně zakotven v sociologii, odkud se jeho použití rozšířilo do oblasti psychologie, sociální práce, medicíny, ekonomie, politologie, filozofie a technických oborů (Mareš, 2006), ale i do speciálně-pedagogické andragogiky.

Velkou expanzi studia a hodnocení kvality života je možné sledovat především v posledních dvaceti letech. Argumentem odborníků pro výzkum kvality života je *takový vývoj společnosti, která již nemá problém s uspokojováním základních potřeb a je tedy možné identifikovat činitele, kteří přispívají ke smysluplnému životu, k pocitu lidského štěstí a naplnění* (Vážanský, 2010 in Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2010, s. 21).

Desítky organizací a společností zajišťují rozsáhlé výzkumy a metodologické zakotvení QOL (*Quality of Life*), v jejichž čele stojí *Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies)*. Dle konkrétního zaměření se každá organizace úzce zabývá určitými aspekty kvality života, a to z pohledu psychologického, sociologického, medicínského, ekologického, environmentálního atd. Tomu odpovídá i široce zastoupená škála výzkumů a standardizovaných dotazníků. V českých podmínkách se nejčastěji využívá Zanottiho dotazník SQUALA, který je často aplikován ve výše zmíněných oblastech za účelem diagnostiky či zkvalitnění péče a služeb (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Kvalita života je dle Kučery (2004, s. 108) definována jako úroveň osobní pohody (well-being) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí. Kvalita života v tomto smyslu je nejbezprostředněji měřitelná pomocí subjektivních indikátorů. Nicméně jsou často využívány rovněž objektivní indikátory, které postihují vnější podmínky, jež ovlivňují kvalitu života.

Jistá paralela je znatelná i při aplikaci výzkumů v humanitních oborech, kdy se do popředí zájmu dostává kvalitativní šetření před metody kvantitativní či ve vzájemné kombinaci. Stejně tak dochází k preferenci subjektivního hodnocení kvality života (např. v psychologii se setkáváme jen s tímto typem hodnocení), které spočívá ve zkoumání jedincova vnímání vlastního postavení ve společnosti a všeobecné spokojenosti se životem, před objektivním hodnocením, které se zaměřuje na materiální zabezpečení, sociální a ekonomické podmínky, fyzické zdraví, sociální status apod. (Vymětal, 2003).

5.2 Indikátory hodnocení kvality života

Existuje nepřeborné kvantum způsobů hodnocení kvality života a jejich ukazatelů neboli indikátorů. K nejužívanějším však patří studium souboru dílčích komponent kvality života (jejich faktický stav) a jejich subjektivní dimenze (spokojenost s daným stavem) nebo holistický přístup, který zkoumá kvalitu života jako celek s vlastním konstruktem a významem (Vážanský, 2010 in Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2012, s. 23). Otázkou zůstává, co všechno charakterizuje kvalitu života?

Kupříkladu Křížová (2005, s. 223-227) označuje následující indikátory, mezi něž patří:

- *aktivita (možnost poznávání, vzdělávání, nové příležitosti, možnost osobního rozvoje, ...),*
- *harmonie (vnitřní vyrovnanost, spravedlnost, dodržování práva, ...),*
- *prostředí (okolí obydlí, možnosti turistiky, místo příjemné pro život, ...)*
- *propojenost (prospěšnost, pomoc druhým, sociální zázemí, uznání, zodpovědnost vůči druhým)*
- *autonomie (soběstačnost, nezávislost, vlastní úsudek, možnost realizovat se podle zájmů, seberealizace, možnost vlastního bydlení, ...),*
- *emoce (láska, upřímnost, důvěra a víra, vyrovnanost, ...),*
- *růst a vývoj (tvůrčí život, možnost následného vzdělávání),*

- *morální hodnoty a slušný život (vědomé neubližování, užitečnost, soucit s postiženými a potřebnými, důstojnost, odpovědnost, čestnost, ...),*
- *řád (dodržování práv a hodnotového systému, ...),*
- *kořeny (vlastenecké cítění, identita, ...),*
- *fatalismus (přesvědčení, nalezení smyslu života, ...),*
- *kontinuita (spojení s dělem, s potomky, ...). (in Krejčířová, Vymazalová, Hublar, 2012, s. 22)*

Výzkumy, zaměřující se na hodnocení kvality života osob se zdravotním postižením či chronickým onemocněním, původně vycházely zejména z medicínského pohledu a zjišťovaly relativní zatížení osob danou nemocí či postižením. Postupně se však tato šetření rozšiřovala o další faktory a na postižení se začalo nahlížet jako na sociální problém, který vyplývá z absencí vědomostí, ze sociálních stereotypů a stigmatizujících postojů většinové společnosti, která svou nevědomostí může handicapovat osoby s postižením. V oblasti hodnocení kvality života pak bylo nutné identifikovat znaky tzv. „znevýhodňujícího prostředí“ samotnými osobami s postižením⁶¹ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005), což vedlo k nutnosti přehodnocení sociální politiky se snahou o integraci osob s handicapem.

Lze konstatovat, že kvalita života je poměrně dobře metodologicky zpracovaný koncept s dlouholetou tradicí. Dilema výzkumníků však vyvstává při snaze o vymezení její komponenty, a to spokojenosti včetně jejího hodnocení.

⁶¹Níže jsou uvedeny indikátory měření kvality života u osob s postižením dle Mezinárodní klasifikace fungování, postižení a zdraví (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 87):

- *„fungování“ a „postižení“ (nemoci, poruchy, zranění, traumata, ...),*
- *„tělesné funkce“ a „struktura“ – fyziologické a anatomické systémy zahrnující svalovou sílu, rozsah pohyblivosti, řeč, paměť atp.,*
- *„činnosti“ – patří sem pohyb, chůze, péče o vlastní osobu, aplikace vědomostí a komunikace,*
- *„participace“ – zapojení v životních situacích, mezi něž patří mobilita, sebeobsluha, sociální vztahy, výměna informací, domácí život, pomoc druhým, vzdělání, práce a zaměstnání, společenský a občanský život, ekonomický život,*
- *„environmentální faktory“ – fyzické, sociální a názorové prostředí, ve kterém lidé žijí,*
- *„osobní faktory“ – zázemí jedince a další specifika jedince, mezi něž patří pohlaví, etnikum, věk, životní styl, zvyky, výchova, vzdělání atp.*

5.3 Spokojenost

Jak uvádí Vymětal (2003), jednou z komponent kvality života je životní spokojenost, některými autory nazývaná jako osobní pohoda. Dle Kebzy a Šolcové (2005) je osobní pohoda či spokojenost považována za součást kvality života, kde tvoří její subjektivní dimenzi. Výzkum životní spokojenosti, subjektivního blaha a štěstí se však dle Hamplové (2004) potýká se zásadním problémem, neboť v sociálních vědách neexistuje ani přibližná shoda, co tyto pojmy znamenají a jaké jsou mezi nimi rozdíly (Hamplová, 2004).

Někteří autoři rozlišují spokojenost, která vypovídá o postojích a kognitivním zhodnocení vlastního života a štěstí, které se týká pozitivních emocí. Například Diener a Lucas (2000) chápou životní spokojenost (kognitivní kategorie) či štěstí (afektivní kategorie) jako součást širšího konceptu subjektivního blaha. Blatný (2005) považuje životní spokojenost za hlavní složku osobní pohody a vymezuje ji jako globální hodnocení vlastního života jako celku.

Podle Kima, Hatfielda (2004) je třeba rozlišovat mezi štěstím, jenž značí přítomnost pozitivních emocí a nepřítomnost negativních emocí a životní spokojeností, která se podle nich týká kognitivního hodnocení vlastního života.

Hnilica (2004) popisuje celkovou spokojenost se životem jako lineární a aditivní funkce spokojenosti v jednotlivých oblastech, jimiž jsou rodina, přátelé, zdraví, sousedé, práce a další. Také u Blatného (2005) se setkáváme s podobným pojetím. I on zmiňuje spokojenost v subjektivně významných oblastech života, jak byly uvedeny výše, navíc spolu se sociálním postavením a ekonomickým statusem. Tuto spokojenost v subjektivně významných oblastech života vidí v úzké souvislosti s globální životní spokojeností, která tvoří další kognitivní složku osobní pohody.

Diener a Tamir (2004) uvádějí následující komponenty osobní pohody, které jsou:

- *pozitivní emoce, tedy přítomnost a prožívání takových stavů, jako jsou např. radost, spokojenost, náklonnost apod.,*
- *nepřítomnost negativních emocí, resp. relativní nepřítomnost emocí, jako jsou např. strach, zlost, smutek,*
- *osobní posouzení spokojenosti (in Dobešová, 2008, s. 29)*

Tyto 3 dimenze shrnují v simplifikovaném popisu „spokojeného člověka“, který bývá často veselý, zřídka smutný a celkově vyrovnaný se svým životem. Osobní pohoda je dle Macka (1998) považována spíše za dlouhodobější stav, naladění, než za aktuální pocit.

I přes značné odlišnosti má většina definic životní spokojenosti, štěstí a osobní pohody či psychologického blaha společné to, že zdůrazňují subjektivitu hodnocení, neboť lidé jsou spokojeni v případě, že se tak cítí nebo to o sobě říkají. Životní spokojenost je pojímána jako subjektivní kategorie – lidé jsou šťastní a spokojeni, pokud to o sobě říkají.

5.4 Měřitelnost spokojenosti

Sporné otázky s výzkumem životní spokojenosti, subjektivního blaha a štěstí se neomezují jen na to, že existuje poměrně malá kongruence toho, co tyto pojmy znamenají, ale empirická sociologie si klade kardinální otázku, zda a jak je možné spokojenost či štěstí měřit (Hamplová, 2004).

Někteří autoři se přiklánějí k měření životní spokojenosti a štěstí prostřednictvím několika málo otázek nebo jen jedné otázky, na níž respondenti mají sami o sobě říci, zda a jak jsou spokojeni či šťastní (Bjornskov 2003 in Hamplová, 2004). Tato metoda se může jevit značně diskutabilní, neboť může být velkou měrou ovlivněna nestálostí pocitů, nálad a kulturní podmíněností respondentů. Sandvick et al. (1993 in Hamplová, 2004) však uvádějí, že empirická šetření naznačují opak, neboť zkreslení není natolik závažné, jak by se mohlo jevit, naopak i přes proměnlivost nálad je poměrně stabilní a dlouhodobé. Přesto používání více otázek a škál je samozřejmě lepší než použití jednoduché otázky.

Další výhradou k měření spokojenosti prostřednictvím několika otázek vychází z kulturních očekávání a norem. Kupříkladu ve Spojených státech je trendem, možná i sociální normou, odpovídat pozitivně – tzv. *positivity bias* (Smith 1979 in Hamplová, 2004). Podle Dienera a Lucase (2000) je nejen pro Spojené státy typické pozitivní zkreslení, ale dochází k němu obecně u většiny společností. Podstatnou otázkou zůstává, nakolik je toto zkreslení typické pro českou společnost a do jaké míry může hrát roli u osob s mentálním postižením žijících v sociálních pobytových službách.

Závěrem je tedy možné konstatovat, že podle některých autorů (např. Diener, Lucas) je spolehlivější zjišťovat spokojenost respondentů prostřednictvím více otázek, ideálně v kombinaci otevřených a škálových otázek.

5.5 Dotazníky spokojenosti uživatelů v sociálních pobytových službách

V kontextu zkvalitňování služeb a zároveň zvyšování kvality života uživatelů si některé pobytové sociální služby vytvářejí vlastní dotazníky zjišťující spokojenost uživatel s bydlením v zařízení. Pro ilustraci předkládáme dotazník, respektive otázky a konstatování, vytvořený Barborou Sadilovou a pracovníky Vincentina – poskytovatelem sociálních služeb Šternberk. Dotazník obsahuje uzavřené otázky, respektive konstatování, na která klient odpovídá ano/ne, část otázek je otevřených, nabízejí prostor pro volné odpovědi uživatelů.

Dotazník spokojenosti (Sadilová, 2007)

1. *Chtěl bych bydlet na jiném pokoji.*
2. *Vlastním klíč od svého pokoje.*
3. *Na pokoji bydlím s dalšími spolubydlícími.*
4. *Chtěl bych bydlet s jinými spolubydlícími?*
5. *Mám své osobní věci jen pro sebe?*
6. *Někdy se bojím jiného uživatele.*
7. *Někdy se bojím zaměstnance zařízení.*
8. *V našem zařízení mám kamaráda nebo kamarádku.*
9. *Často se nudím.*
10. *Mohu si vybrat ve volném čase činnosti?*
11. *Mohu ve volném čase zůstat na pokoji?*
12. *Za vhodného počasí chodím ven ze zařízení s doprovodem.*
13. *Co nejraději dělám ve volném čase?*
14. *Pomáhám v zařízení nebo na domově.*
15. *Jezdím pravidelně na výlety.*
16. *Jsem zaměstnancem zařízení a dostávám plat (i z řad klientů).*
17. *Můžu si koupit, co se mi líbí.*
18. *Co je mým největším přáním?*
19. *Vím o tom, že si mohu podat stížnost.*

EMPIRICKÁ ČÁST

6 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Praktická část disertační práce se zaměřuje na analýzu vztahu uživatele a zaměstnance v sociálních pobytových službách v kontextu zefektivnění procesu transformace. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, v současné době žije v domovech asi 20 000 osob s mentálním postižením, Ministerstvo práce a sociálních věcí (2013) přitom uvádí, že 3 800 těchto osob je zahrnuto v procesu transformace, čímž se počet lidí žijících v institucích snižuje na cca 16 000. Aktuálně je však z velkokapacitních institucí reálně přestěhováno 544 lidí, přičemž 130 osob se přestěhovalo do rodin a 414 začalo využívat komunitní pobytové služby (MPSV, 2013). Z uvedených statistik vyplývá, že proces transformace je i po 7 letech od ustanovení vládního materiálu *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* stále ještě v začátcích a český sociální systém stále čeká celá řada přeměn. Pro transformaci sociálních pobytových služeb je pravděpodobně důležité legislativní zakotvení, současně je však třeba zaměřit se i na pracovníky v přímé péči, kteří jsou velmi významnými aktéry v tomto procesu.

Absenci výzkumů v této oblasti shledává nejen autorka, ale i zahraniční asociace zabývající se deinstitucionalizací. Jak uvádí FAIDD (2011), ačkoli existují důkazy, že způsob, jakým zaměstnanci poskytují služby pro své klienty, je jedním z nejdůležitějších faktorů výsledků služeb, je výzkumy tento aspekt velmi podceňovaný. Pracovní metody nebo postupy pracovníků jsou zase řízeny obecně sdílenými cíli ubytovací jednotky a osobními faktory, jako je kvalifikace a vzdělávání, ale také přesvědčení, hodnoty a postoje zaměstnanců. Johnová (2008) dále poukazuje na skutečnost, že jsou při šetřeních málokdy dotazováni samotní uživatelé s mentálním postižením.

Námět pro téma práce vztahu uživatele a zaměstnance vzešel z diplomové práce autorky, ve které se zaměřila na reflektování potřeb osob s mentálním postižením, žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Podle autorky je tato oblast poněkud opomíjená, motivem byl tedy nedostatek výzkumů a v podstatě i nezájem odborníků a odborné literatury o tuto oblast. Dalším významným aspektem pro výzkumný záměr je

právě probíhající proces přeměny, transformace sociálních pobytových služeb, která bude aktuálním tématem ještě několik následujících let, respektive desetiletích.

Na této platformě byl sestaven předvýzkum, který se uskutečnil ve třech pobytových službách⁶². Vzhledem k určitým úskalím plánovaného předvýzkumu⁶³ a malé výtěžnosti získaných dat vycházejících z kvalitativního i kvantitativního šetření byl výzkum zopakován v průběhu dalších návštěv oslovených zařízení.

Součástí výzkumu je kromě analýzy vztahů i komparace spokojenosti uživatele a pohled na spokojenost klienta z perspektivy zaměstnance, a to v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních. Cílem bylo zjistit spokojenost klientů zařízení a zároveň pohled zaměstnanců na spokojenost uživatelů, neboť z tohoto výzkumu je možné do jisté míry dedukovat těsnost vztahu mezi těmito dvěma skupinami respondentů. Dále byla v rámci výzkumu zjišťována spokojenost mezi klienty CHB a DOZP. K tomuto šetření vedl předpoklad, že pracovníci jsou v podstatě průvodci životem osob s mentálním postižením, jsou těmi, kdo klienta nejvíce znají, mnohdy více než jeho vlastní rodina, pokud ovšem nějakou má. Pracovníci v přímé péči s uživateli vytvářejí individuální plány, jsou těmi, kdo je učí, provázejí nácviky různých činností, rozvíjejí a udržují schopnosti, podporují je v trávení jejich volného času, plánují s nimi výlety, zájezdy, apod. Jsou jejich důvěrníky, nejbližším člověkem, někdy do jisté míry nahrazují i rodinné příslušníky.

Pro zjišťování spokojenosti klientů byl na základě předvýzkumu sestaven konstrukt spokojenosti. Byly vytvořeny markery spokojenosti (přehled je uveden v kapitole Dotazník), zjišťující nejen míru spokojenosti v dané oblasti, ale i markery reflektující možnosti rozhodování klientů, možnost volby. Pro intaktního člověka je jen těžko představitelné, že by v podstatě nemohl rozhodovat ani o těch nejobyčejnějších věcech, natožpak o těch zásadních, jakými je místo a typ bydlení. Celý život by žil s cizími lidmi v jednom pokoji, jedl by ve chvíli, kdy to dovoluje denní program instituce, nebo by chodil ven jen ve skupině.

⁶²Chráněné bydlení sv. Michaela, Poskytovatel sociálních služeb Vincentinum-Šternberk a Centrum sociálních služeb Srdíčko.

⁶³Pracovníci byli požádáni o vyjádření se k dotazníku, zdali jsou položky srozumitelné. Problém v předvýzkumu nastal i při snaze o spárování dotazníků, kdy se nepodařilo dostatečně vysvětlit princip a pracovníci odpovídali na dotazník obecně, ne konkrétně na jednoho klienta. Na základě předvýzkumu byla sestavena konstrukce polo strukturovaného interview.

Stěžejním cílem je tedy získat poznatky a informace o těchto vztazích v sociálních pobytových službách, vzhledem k významnosti vlivu na realizaci transformace sociálních pobytových služeb.

7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Vzhledem k tomu, že zkoumaná problematika je velmi specifická, byla zvolena kombinace výzkumných metod, a to jak kvantitativní, tak kvalitativní, neboť, jak uvádí Chráska (2007), je nejen možné, ale i výhodné obě techniky vzájemně kombinovat.

Kvantitativní metody šetření mohou výzkumníkovi přinášet spoustu cenných informací (Kerlinger, 1972 in Chráska, s. 18), neboť se jedná o *systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy*.

K přednostem kvantitativního výzkumu patří stručnost, systematická, přehlednost výsledků a jejich syntetičnost. Kvantitativní metody byly využity ke zjišťování spokojenosti uživatelů dle vlastního vytvořeného konstruktů spokojenosti a zároveň ke zjištění míry těsnosti vztahů mezi odpověďmi cílových skupin uživatelů a zaměstnanců. Přesto by v kontextu vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem nebylo možné dosáhnout validních a reliabilních informací bez kvalitativního šetření, neboť, jak uvádí Giorgi (1994), ať už kvalitativní, tak i kvantitativní výzkum je zatížen určitou mírou zkreslení, proto bylo přistoupeno k tzv. triangulaci metod prostřednictvím kombinace obou typů výzkumných technik.

Jak uvádí Richardson (1996 in Miovský, 2006), kvalitativní i kvantitativní přístupy jsou dva kooperující přístupy, které využívají různé metody a zároveň odlišně uvažují o možnostech výzkumu vnitřní i vnější reality člověka, ale jejich společným cílem je rozvíjet a prohlubovat poznání, ale také sama schopnost poznávat.

Ke komplexní analýze vztahů bylo tedy použito kvalitativního výzkumu, a to formou rozhovoru, přičemž byla vybrána jeho nejrozšířenější podoba, tedy polostrukturované interview. K této kvalitativní metodě bylo přistoupeno z toho důvodu, že se, dle Dismana (1996, s. 285), jedná o *nenumerické šetření a interpretaci sociální reality, jejichž cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*. Podle Dismana (1996) je hlavním posláním kvalitativního výzkumu porozumět lidem v sociálních situacích. Hendl dále dodává, že *kvalitativní výzkum dává přednost zachycení perspektiv zkoumaných jedinců. Chce osvětlit subjektivní zkušenost, jednání a kontext zkoumaných jedinců. Hlavním kritériem kvalitativního výzkumu je odhalit, do jaké míry se podařilo autenticky zachytit a prezentovat pohledy zkoumaných jedinců*. (www.kpgv.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf, s. 11)

8 ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

8.1 Hlavní a dílčí cíle práce

Hlavním cílem práce je analýza vztahů mezi uživateli a zaměstnanci v pobytových službách a posouzení míry spokojenosti uživatelů pobytových zařízení v kontextu zefektivnění transformace. Úkolem kvantitativního šetření je posoudit spokojenost klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení dle předem navrženého konstruktů spokojenosti (viz kap. Dotazník). Nedílnou součástí je i posouzení míry spokojenosti uživatelů z perspektivy zaměstnanců. Dále bude zkoumána míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a jejich klíčovými pracovníky prostřednictvím spárovaných dotazníků.

Prostřednictvím analýzy informací o problematice vztahu uživatele s mentálním postižením a zaměstnance v pobytových sociálních zařízeních bude zjišťována významnost těchto vlivů na realizaci procesu transformace.

V kontextu výše uvedených informací a na základě studia odborné literatury byly vymezeny dílčí cíle:

- Analyzování postojů pracovníků sociálních pobytových služeb ke vztahu s klientem.
- Komparace názorů, zkušeností a postojů k transformaci sociálních pobytových služeb. Jak ji zaměstnanec vnímá a co od ní očekává.
- Identifikace stěžejních problémů či nedostatků, přímo či nepřímo souvisejících s transformací sociálních pobytových služeb.
- Zjištění míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi klientů a zaměstnanců v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních.
- Zjištění rozdílů v názorech na spokojenost uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a uživatelů chráněných bydlení.

8.2 Výzkumné otázky

Prostřednictvím analýzy recipročního vztahu zaměstnance a uživatele v pobytových sociálních službách byly zkoumány faktory ovlivňující zaměstnance, a také míru působení těchto vlivů, jež se odrážejí nejen v práci samotné, ale zejména ve vztahu k uživatelům.

Účelem bylo dojít, na základě podrobné analýzy a deskripce těchto vlivů a dalších okolností, k vytvoření soustavy poznatků, z nichž se vycházelo při vytváření doporučení pro praxi v kontextu zefektivnění transformace.

Pro přiblížení výzkumného záměru jsou uvedeny otázky, jimiž se výzkum zabýval:

1. S jakými vztahy se můžeme setkávat mezi zaměstnanci a uživateli domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení?
2. Jaké konkrétní faktory ovlivňují zaměstnance při práci s uživateli?
3. Co se dle pracovníků v přímé péči změnilo v pobytových sociálních službách za posledních 5 let?
4. Jaký je postoj pracovníků sociálních pobytových služeb k procesu transformace?
5. Co podle zaměstnanců sociálních pobytových služeb přináší proces transformace samotným klientům?

8.3 Výzkumné hypotézy a předpoklady

Na základě vymezených cílů výzkumu byly stanoveny věcné hypotézy, které byly z důvodu jejich statistického ověření operacionalizovány na tzv. statistické hypotézy (nulová H_0 a alternativní H_A), aby byly měřitelné.

Hypotéza 1:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Hypotéza 2:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.

Hypotéza 3:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních.

Hypotéza 4:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

Posledním bodem v kvantitativním šetření je zjišťování míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi cílových skupin respondentů, a to uživateli a pracovníky v domovech pro osoby se zdravotním postižením a klienty a zaměstnanci v chráněných bydleních.

9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byly záměrně vybrány 2 skupiny respondentů, a to zaměstnanci pracující v přímé péči a samotní uživatelé pobytových služeb. Velmi významným determinujícím faktorem zkoumaného vzorku respondentů pak bylo navázání kontaktu jak s pracovníky, tak s uživateli během osobních návštěv v zařízení.

Následujícím dělicím kritériem výzkumného souboru byly dvě kategorie bydlení, mezi něž patří domovy pro osoby se zdravotním postižením s větším počtem uživatelů a chráněná bydlení.

V rámci výzkumu bylo osloveno celkem 12 zařízení sociálních pobytových služeb, která poskytují služby, jakými jsou domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení nebo kombinace obojího (viz Tabulka 4).

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi skupinami respondentů a probíhal ve vybraných krajích, jež byly zvoleny na základě metody záměrného institucionálního výběru v následujícím teritoriálním vymezení: kraj Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský a kraj Vysočina. Jednotlivá zařízení byla vybrána prostřednictvím aktuálního registru poskytovatelů sociálních služeb.

Celkově byla získána data od 96 uživatelů služeb a 96 zaměstnanců. Dále se tyto skupiny dělily na klienty žijící v domovech (48 respondentů) a v chráněném bydlení (rovněž 48 respondentů). Stejný poměr byl i u pracovníků v přímé péči.

Tabulka 4: Navštívená nebo oslovená zařízení

Kraj	Název zařízení	Typ služby
Jihomoravský	Chráněné bydlení sv. Michaela (Charita Brno)	Chráněné bydlení
	CSS Srdíčko	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	Domov Horizont Kyjov	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení

Olomoucký	Vincentinum Šternberk	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Domov "Na Zámku", p. o. Nezamyslice	Domov pro osoby se zdravotním postižením
Vysočina	Domov bez zámku, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Ústav sociální péče Křižanov, příspěvková organizace ⁶⁴	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Diakonie ČCE – středisko v Myslibořicích	Domov pro osoby se zdravotním postižením
Zlínský	Chráněné bydlení sv. Cyrila a Metoděje (Velehrad)	Chráněné bydlení
	DZP Velehrad – Salašská	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	DZP Velehrad – Vincentinum	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	Chráněné bydlení – Naděje (Zlín) ⁶⁵	Chráněné bydlení

Na základě zaslání dopisu nebo e-mailu došlo k prvotnímu zkontaktování se s vedoucím služby a byla sjednána osobní návštěva. Oba typy dotazníků byly pak osobně distribuovány do zařízení sociálních pobytových služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení), přičemž dotazníky pro uživatele byly vyplněny přímo s výzkumníkem, neboť většina uživatelů služeb neumí číst. V každém navštíveném zařízení byl dotazník vyplňován se 6–14 klienty.

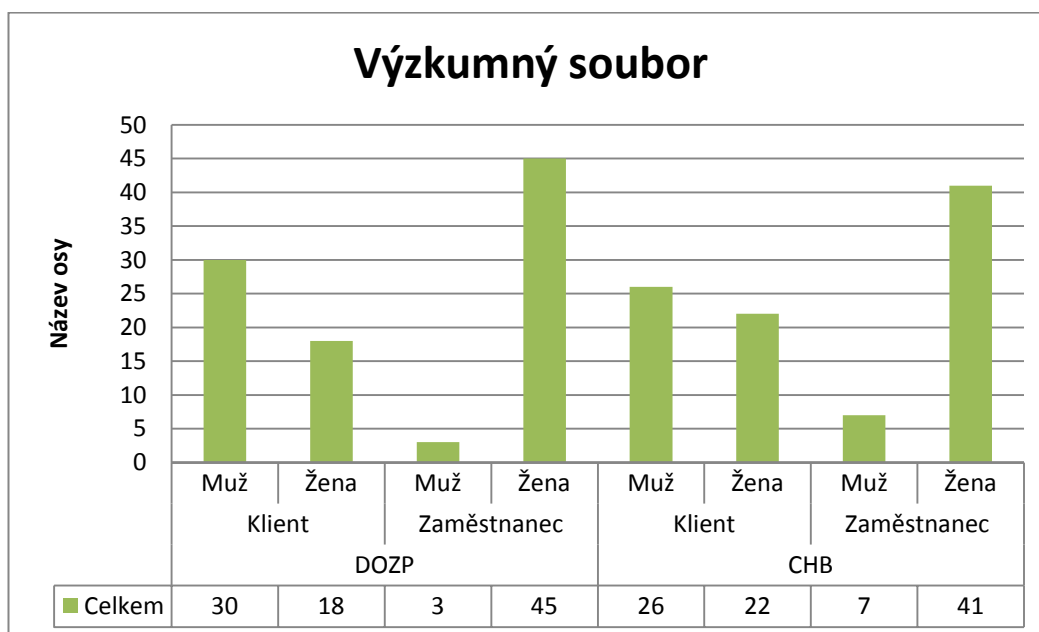
⁶⁴Ústav sociální péče Křižanov, p. o. neměl zájem o realizaci výzkumu z důvodu změny vedení zařízení.

⁶⁵I přes telefonický kontakt a zaslání dotazníků vedoucímu služby se nepodařilo domluvit návštěvu zařízení, stejný problém nastal i u DZP Velehrad – Vincentinum. Vytipovali jsme si jiná zařízení.

Specifikum dotazníku spočívalo v jeho spárování. Každý dotazník, který byl vyplněn uživatelem, byl současně vyplněn i zaměstnancem, který odpovídal na stejné otázky. Ty se týkaly toho, co si myslí zaměstnanec o tom, jak situaci vnímá daný uživatel.

Nedílnou součástí výzkumu disertační práce byla i její kvalitativní část, spočívající v pořízení rozhovorů. Pro účely výzkumu byl zvolen prostý záměrný výběr. *Tento způsob výběru je uplatňován zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno dostupné.* (Miovský, 2006, s. 136).

Respondenty byli pracovníci v přímé péči, kteří jsou s uživateli v dlouhodobém kontaktu. Rozhovor byl uskutečněn také s vedoucími pracovníky, u kterých byl v popředí zájmu postoj, resp. zkušenosti s procesem transformace.



Graf 1: Výzkumný soubor dle pohlaví

10 METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT

K výběru výzkumného souboru byl aplikován záměrný výběr, jehož cílem vyhledat respondenty, kteří disponují určitou vlastností. Kombinace jednotlivých metod získávání dat, tedy dotazníku a rozhovoru byla zvolena záměrně s cílem získat relevantní data také o subjektivně citlivých otázkách výzkumu. Předpokládáme, že zvolená triangulace metod nám zajistí dostatečnou validitu a reliabilitu získaných dat.

10.1 Dotazník

Stěžejní metodou kvantitativního šetření je dotazníková metoda. Tato metoda je považována za ekonomickou a poměrně rychlou techniku sběru dat s možností oslovit velké množství respondentů při zachování jejich anonymity. Negativa spočívají v mnohdy nízké návratnosti dotazníků. Tomuto riziku jsme se snažili předejít tím, že dotazníky byly distribuovány do zařízení během osobní návštěvy. Respondentům bylo vysvětleno, jak mají postupovat při jejich zpracování. Osobní kontakt byl důležitý především pro jejich následné zpracování.

Další fází byl sběr dat za použití metody dotazníku. V tomto případě se jedná o standardizovaný dotazník vytvořený J. W. Conroyem⁶⁶. *Měření má dobrou validitu tehdy, jestliže měří skutečně to, co podle předpokladu měřit má. Pro exaktní posouzení validity měření je třeba mít k dispozici nějaké vnější kritérium (např. jiné měření, u něhož je validita nesporná), se kterým se dané měření srovnává.* (Chráška, 2007, s. 37) Přeložený a částečně upravený dotazník na české podmínky byl modifikován do dvou jeho podob, a to pro uživatele služby (viz Příloha č. 3) a pro zaměstnance zařízení (viz Příloha č. 4). Obě verze shodně obsahují otázky otevřené (nestrukturované), škálové (rating scale) a uzavřené (strukturované), v tomto případě doplňující. Otevřené položky respondentovi nenavrhují žádné hotové odpovědi. Je u nich vymezen jen předmět, k němuž se má dotazovaný vyjádřit. Po shromáždění všech odpovědí je provedena dodatečná kategorizace. Podrobnější popis zpracování výpovědí je uveden v podkapitole 10.2 Interview (Chráška, 2007)

⁶⁶Dr. James W. Conroy, Ph.D. je prezidentem Center of Outcomes Analysis, jenž longitudinálně sbírá informace, popisuje a vyhodnocuje proces deinstitucionalizace osob s mentálním postižením. Více na <http://www.eoutcome.org/>.

Dle Kerlingera (in Chráska, 2007) je škála souborem symbolů nebo čísel, která představuje systém, který je nástrojem kvantifikace pozorovaných jevů. V dotazníku jsou využity jak kategoriální posuzovací škály, tak grafické posuzovací škály, u nichž se míry hodnocení vyjadřují v názorné formě⁶⁷.

Dotazník tvoří dva okruhy otázek, přičemž první oblastí je hodnocení spokojenosti ve spojitosti s bydlením uživatelů, kdy mají respondenti sdělit či zaznačit míru své spokojenosti s tázanými oblastmi. Vzhledem k tomu, že valná většina respondentů z řad klientů neumí číst, jsou dotazníky pro uživatele zpracovávány formou řízeného rozhovoru tak, že tazatel asistuje při jejich vyplnění.

Respondenti vždy odpovídali prostřednictvím šestistupňové škály – není spokojen, spíše nespokojen, nejsem si jistá/ý, spíše spokojen, velmi spokojen, nevím; některé otázky měly místo této odpovědi možnost „nemám“. Vzhledem k tomu, že spokojenost je těžko definovatelný fenomén, byl vytvořen konstrukt spokojenosti, sestávající z následujících markerů (takto závislých proměnných šetření). Tyto markery obsahují jednotlivé položky dotazníku, jakými jsou např. spokojenost uživatele s bydlením v zařízení, s ostatními spolubydlíci či s personálem, jídlem, individuálním plánem, prací, denním programem, vztahem s rodinou nebo dostatkem soukromí. Druhou oblastí je možnost rozhodovat o tom, kde a s kým bude klient bydlet, kdo bude jeho klíčový pracovník, jeho spolubydlící, možnost výběru stravy nebo denního programu, volného času, apod. Markery jsou obsaženy v jednotlivých položkách dotazníku pod čísly otázek 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 26 a 27. Jejich statistická významnost pak byla zjišťována testy.

Druhou sekci tvoří otázky doplňující, které směřují k hlubšímu pochopení problematiky. Položky se týkají následujících témat např. čím je pro vás klíčový pracovník, kdybyste si mohl vybrat, s kým a kde byste chtěl bydlet, kdo je váš nejlepší přítel, máte individuální plán, co pro vás představuje víra apod.; jedná se o otázky č. 7, 14, 15, 20, 25, 29, 30. Zaměstnanci měli v dotaznících navíc otázky č. 35 a 36 směřující k jejich postoji k transformaci sociálních pobytových služeb.

⁶⁷Vzhledem k určitým specifickým vztahujícím se ke komunikaci s klienty s mentálním postižením bylo z důvodu zjednodušení dotazování využito grafického znázornění škály pomocí jednoduchých obličejů, tzv. „smajlíků“.

Dotazníky pro zaměstnance sestávají ze stejných otázek jako dotazníky pro uživatele, směřují však ke klientovi, např. „Jak myslíte, že se žije klientovi v zařízení?“. V ideálním případě dotazník vyplňuje klíčový pracovník, případně jiný zaměstnanec, který klienta velmi dobře zná. Dotazníky byly vyplňovány zaměstnanci během návštěvy zařízení, případně vyzvednuty v pozdějším termínu dle předchozí domluvy, nebo zaslány poštou. Dotazníky zaměstnanců byly následně spárovány s dotazníky uživatelů.

Dle Chrásky (2007) je nutné zkontrolovat po shromáždění navrácených dotazníků jejich korektnost a případně vyloučit ty, které jsou vyplněny neúplně nebo nesprávně. Dále uvádí, že dotazník nemusí vždy poskytovat věrohodné informace, neboť ty mohou být zkresleny subjektivním pohledem respondenta, nejen tím, jakým respondent je, ale jakým by chtěl být. Proto je vhodné využít ještě další výzkumné metody.

10.2 Interview

Pro odstranění slabin jednotlivých metod výzkumu je vhodné použít triangulaci, neboť prostřednictvím ní můžeme komplexněji porozumět dané problematice. *„Její význam (triangulace, pozn. Aut.) při zvyšování kvality dat spočívá v myšlence, že sběr informací pomocí více zdrojů (lidé, události) lépe osvětlí různé stránky situace a zkušenosti, aby bylo možné zobrazit jejich komplexitu. Triangulace datových zdrojů dovoluje lépe vyhodnotit rozdíly a podobnosti informací a prozkoumat co největší počet aspektů zkoumaného problému.“* (<http://www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf>, s. 8)

K analýze vztahů byla zvolena nejrozšířenější podobu rozhovoru, jímž je polostrukturované interview. Podle Miovského (2006) však polostrukturované interview vyžaduje náročnější technickou přípravu, neboť je potřeba vytvořit si závazné schéma, které specifikuje okruhy otázek. Účelem změny pořadí kladení otázek je zajistit maximální výtěžnost interview. Dále je vhodné využít tzv. *inquiry* (vysvětlení, případně upřesnění odpovědi), což znamená, že nám účastník danou věc vysvětlí. *Ověříme si, že jsme ji správně pochopili a interpretovali, klademe různé doplňující otázky a téma rozpracováváme do takové hloubky, do jaké je to užitečné vzhledem k cílům a definovaným výzkumným otázkám* (Miovský, 2006, s. 160).

Nevýhodou může být přílišné kladení doplňujících otázek, protože tím se může konzistence odpovědí roztříštit. U tohoto typu interview je tedy definované jádro, což je

soubor připravených otázek, a pomocí doplňujících otázek je pak rozšiřován záběr a tazatel se tak dozvídá další skutečnosti užitečné pro výzkum (Miovský, 2006).

V rámci výzkumu byla shromažďována data, která se zakládala na bezprostředním kontaktu a komunikaci výzkumného pracovníka s respondenty (Chráska, 2007). Výhodou této metody je navázání osobního kontaktu respondentů a výzkumníka, který vedl k hlubšímu porozumění motivů a postojů dotazovaných.

Rozhovory s respondenty byly prováděny při návštěvách zařízení⁶⁸, přičemž byla zvuková stopa zaznamenávána na diktafon. Z nahrávek rozhovorů byl vytvořen doslovný přepis, tzv. transkripce. Audiozáznam je nestranný zápis, v tomto případě digitální. Může však podléhat vlivům a potenciálním zkreslením získaných dat výzkumníkem (Miovský, 2006). Tato rizika byla eliminována jednoduchou technikou, a to opakovaným poslechem a kontrolou transkripce, ať už po bezprostředním ukončení přepisu nebo po určitém časovém údobí.

Rozhovory, jakožto kvalitativní část výzkumu, byly následně zpracovány pomocí metody obsahové analýzy. Tato metoda je podrobně popsána v kapitole 11.3 Analýza a interpretace výsledků.

Jak již bylo uvedeno v podkapitole 10.1 Dotazník, jednou z oblastí dotazníku byly otevřené (nestrukturované) otázky, které se zaměřují na zjištění konkrétních jevů souvisejících se spokojeností či nespokojeností klientů. Odpovědi byly pořízeny na základě rozhovoru s klienty zařízení, při kterém byly tazatelem zapisovány poznámky. Zaměstnanci odpovídali písemně na stejné otázky.

Záměrem bylo seskupovat tyto výpovědi na základě podobností a souvislostí, takzvanou metodu trsů. Tato metoda, jak tvrdí Miovský (2006), se snaží seskupovat a konceptualizovat určité výroky do skupin, trsů. Tyto skupiny vznikaly vzájemným překrýváním podobných jevů mezi identifikovanými jednotkami. *Tímto procesem vznikají všeobecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny je asociované s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společným znakem takového trsu může být například tematický překryv, tj. když*

⁶⁸Některá zařízení byla navštívena několikrát, neboť se ne vždy podařilo během jedné návštěvy vyplnit dotazníky s uživateli a zaměstnanci.

vyhledáváme ve výrocih osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu. (Miovský, 2006, s. 221)

Základním principem metody vytváření trsů je komparace a seskupování dat (Čermák, Štěpaníková, 1998), a to na základě určité hierarchizace, neboť prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek v ní mohou být vytvářeny jednotky obecnější.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Následující kapitola je tematicky rozdělena do dvou podkapitol podle typu získaných dat, a to kvantitativní část a kvalitativní. Kvantitativní data, zpracovaná prostřednictvím analýzy rozptylu, která vycházejí z konstruktu spokojenosti, jsou zpracována prostřednictvím statistických metod a pro větší přehlednost jsou zaznamenána prostřednictvím grafů a tabulek. Další část tvoří výpočet Spearmanova koeficientu pořadové korelace a v závěru je uvedeno grafické zpracování doplňujících otázek velmi úzce souvisejících s tématem práce. Uvedena je jen část výsledných údajů, zbylá data se nachází v Příloze č. 7.

Druhá část sestává z analýzy a interpretace kvalitativních dat získaných rozhovory. Prostřednictvím metody obsahové analýzy byla data zaznamenána do schémat a tabulek, které přibližují zkoumanou problematiku. Závěr každé podkapitoly je věnován interpretaci výsledků.

11.1 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu

Na základě získaných dat dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 96 uživatelů pobytových služeb a 96 zaměstnanců je možné verifikovat či falzifikovat stanovené hypotézy prostřednictvím výpočtů ANOVA a určit míru těsnosti vztahu mezi odpověďmi jednotlivých skupin respondentů prostřednictvím Spearmanova koeficientu pořadové korelace.

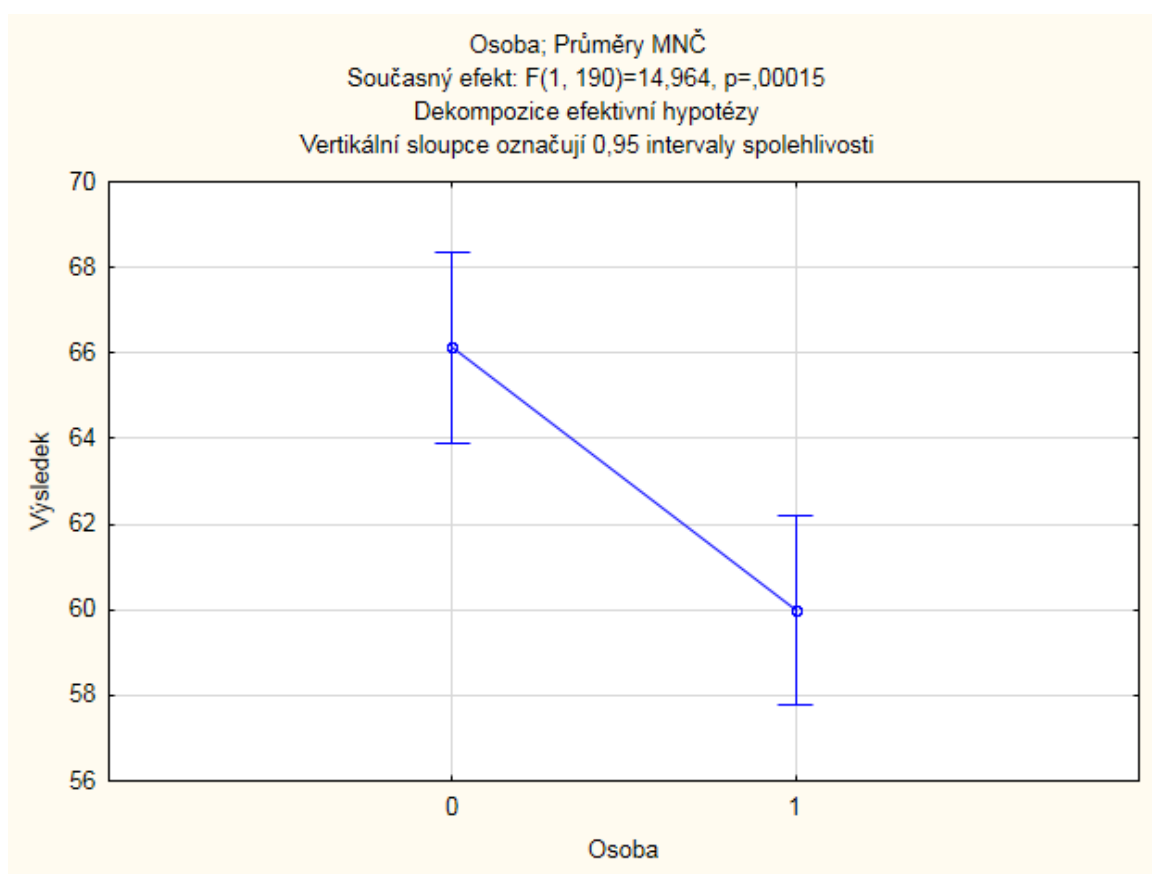
Pro potvrzení či zamítnutí hypotéz jsme se rozhodli použít slibnou statistickou metodu, a to analýzu rozptylu (anglicky ANalysis Of VAriance – ANOVA), která dle Chrásky (2007) může přinášet pozoruhodně přesné a spolehlivé výsledky. Prostřednictvím analýzy můžeme zjišťovat, zda mezi průměry naměřených dat jsou, či nejsou statisticky významné rozdíly⁶⁹.

⁶⁹Popis veličin analýzy rozptylu je uveden v Příloze č. 5.

Hypotéza 1:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost se službou z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.



Graf 2: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP

Tabulka 5: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP ($p < 0,005$)

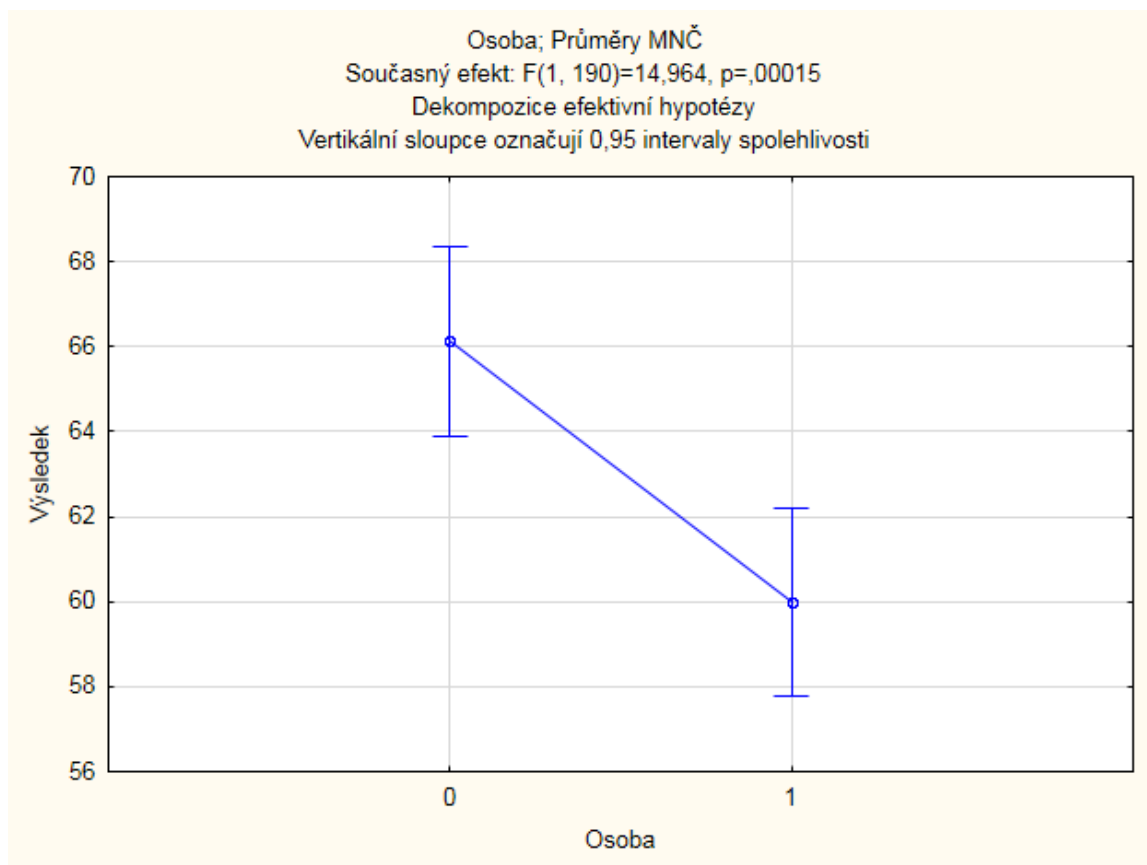
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Klienti“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. Člen	419761,5	1	419761,5	7719,437	0,00
Domov	5735,0	1	5735,0	105,468	0,00
Chyba	5111,5	94	54,4		

Vzhledem k vypočítaným hodnotám na dané hladině významnosti 0,05 a jednom stupni volnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, tedy pro daný soubor platí, že existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost se službou z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Hypotéza 2:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.



Graf 3: Hodnocení spokojenosti dle klientů a zaměstnanců CHB

Tabulka 6: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců CHB

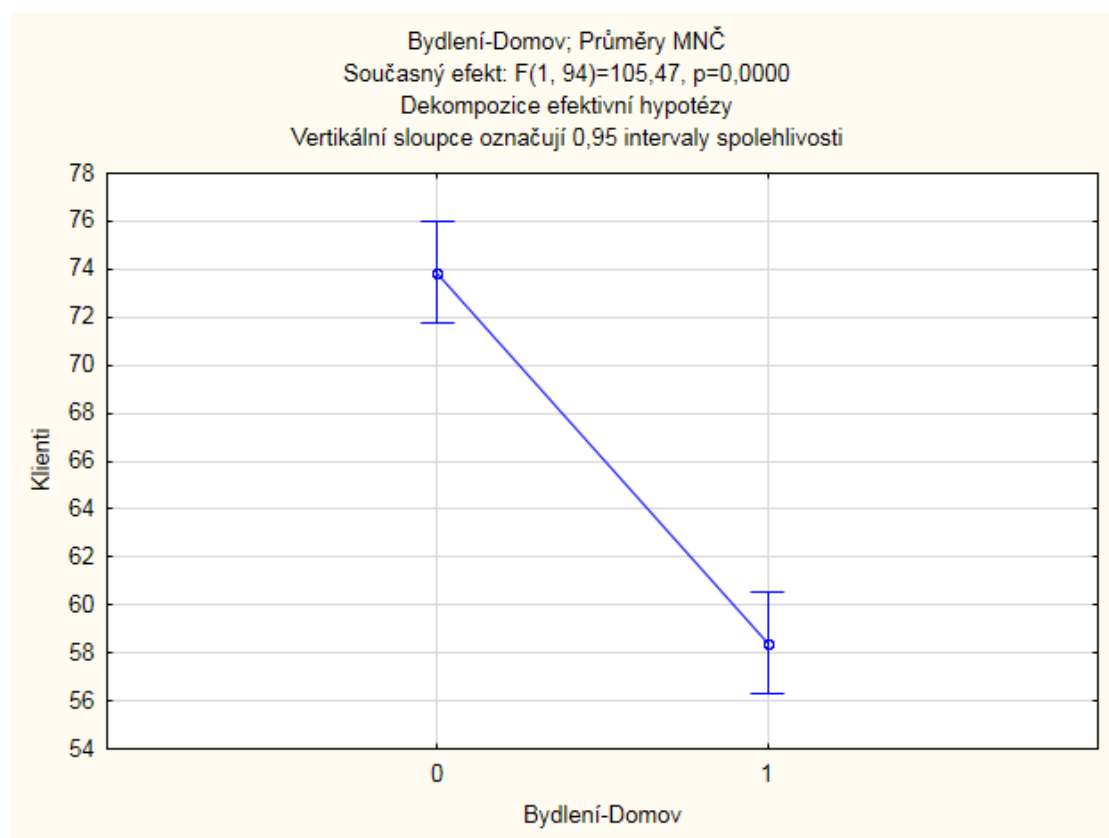
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Prom1“ (Rozdíly K a Z B v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. člen	483794,0	1	483794,0	9316,636	0,000000
"Prom2"	787,8	1	787,8	15,170	0,000184
Chyba	4881,2	94	51,9		

Hodnota F překročila kritickou hodnotu, pro daný soubor byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením spokojenosti z pohledu uživatelů a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení. Nelze tedy přijmout hypotézu nulovou, ale hypotézu alternativní.

Hypotéza 3:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatelů žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatelů žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních.



Graf 4: Hodnocení spokojenosti mezi skupinami uživatel DOZP a CHB

Tabulka 7: Hodnocení spokojenosti klientů DOZP a CHB ($p < 0,005$)

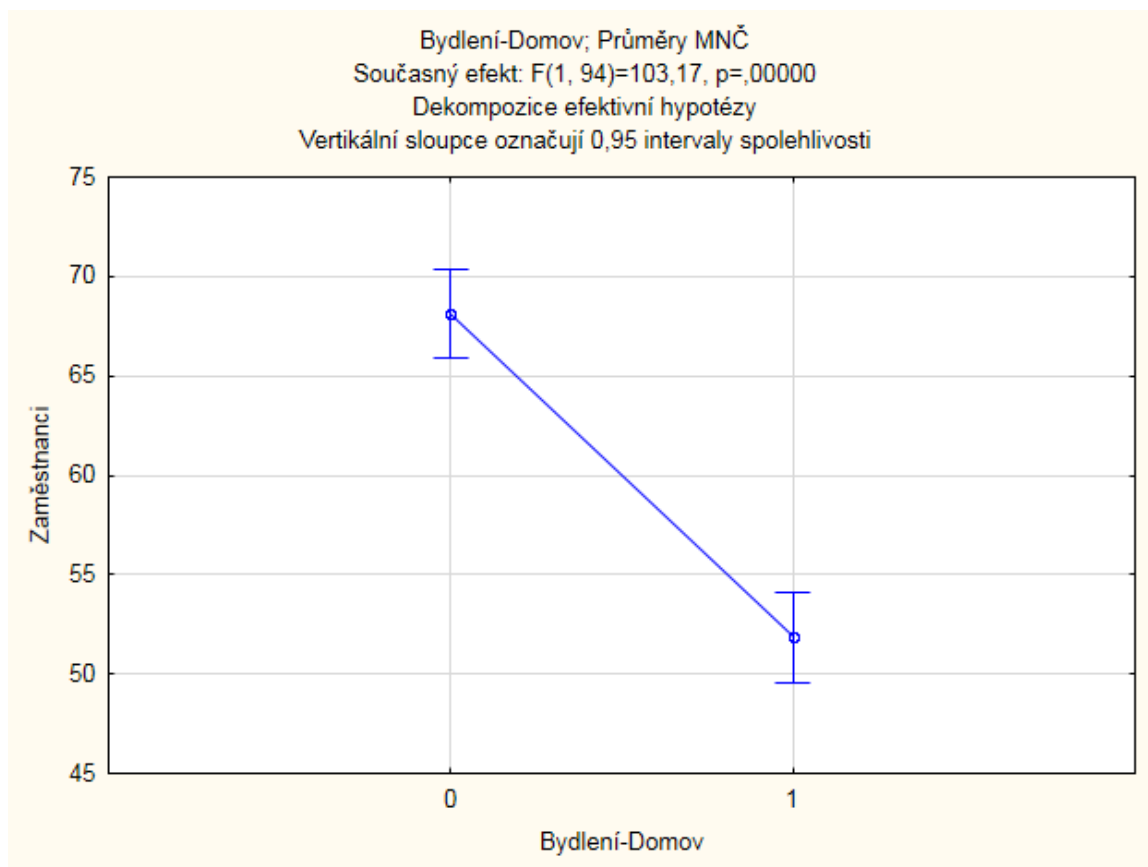
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Klienti“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. člen	419761,5	1	419761,5	7719,437	0,00
Bydlení-Domov	5735,0	1	5735,0	105,468	0,00
Chyba	5111,5	94	54,4		

Pro daný soubor platí, že mezi průměrným hodnocením spokojenosti uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení byl prokázán statisticky významný rozdíl. Odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Výsledky dále můžeme interpretovat tak, že klienti žijící v chráněném bydlení hodnotí svoji spokojenost lépe, nežli klienti domovů pro osoby se zdravotním.

Hypotéza 4:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.



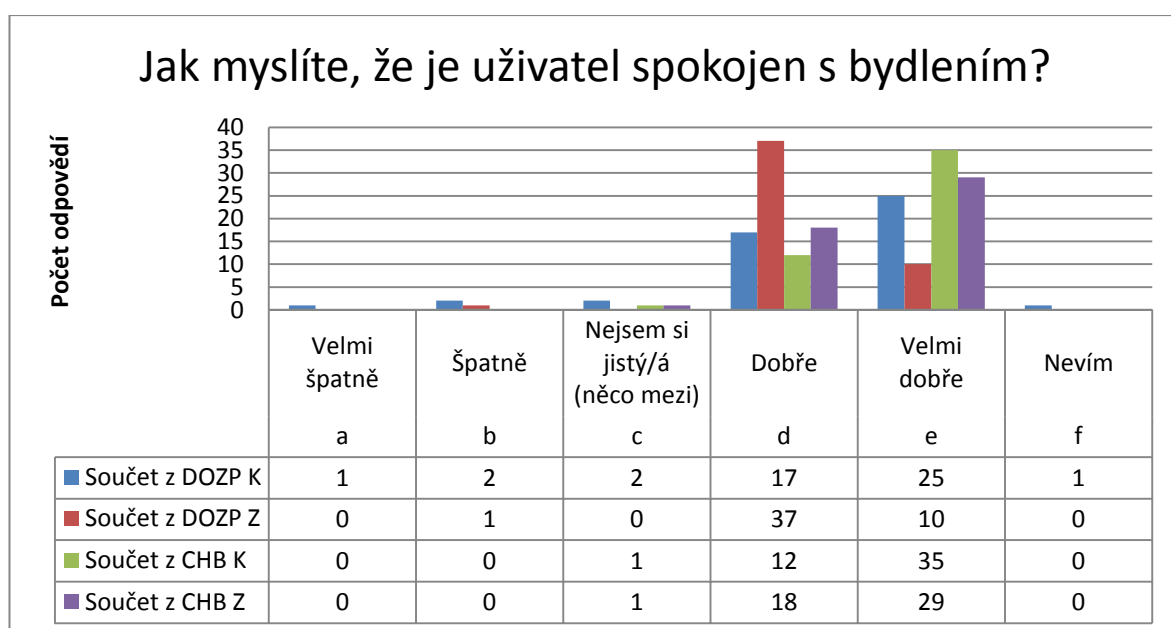
Graf 5: Hodnocení spokojenosti klientů zaměstnanci DOZP a CHB

Tabulka 8: Spokojenost uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Zaměstnanci“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. Člen	345360,0	1	345360,0	5593,437	0,000000
Bydlení-Domov	6370,0	1	6370,0	103,169	0,000000
Chyba	5803,9	94	61,7		

Na základě získaných dat bylo zjištěno, že vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická, lze tedy odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, tedy pro daný soubor platí, že existuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

Ze souboru 18 otázek konstruktů spokojenosti jsou uvedeny stěžejní markery spokojenosti, které významně ovlivňují celkovou spokojenost klientů. V grafu je stanoven součet daného bydlení a respondentů, tedy K – klient, Z – zaměstnanec. Ostatních získaná data včetně doplňujících otázek jsou zpracována grafy a uvedena v Příloze č. 7.

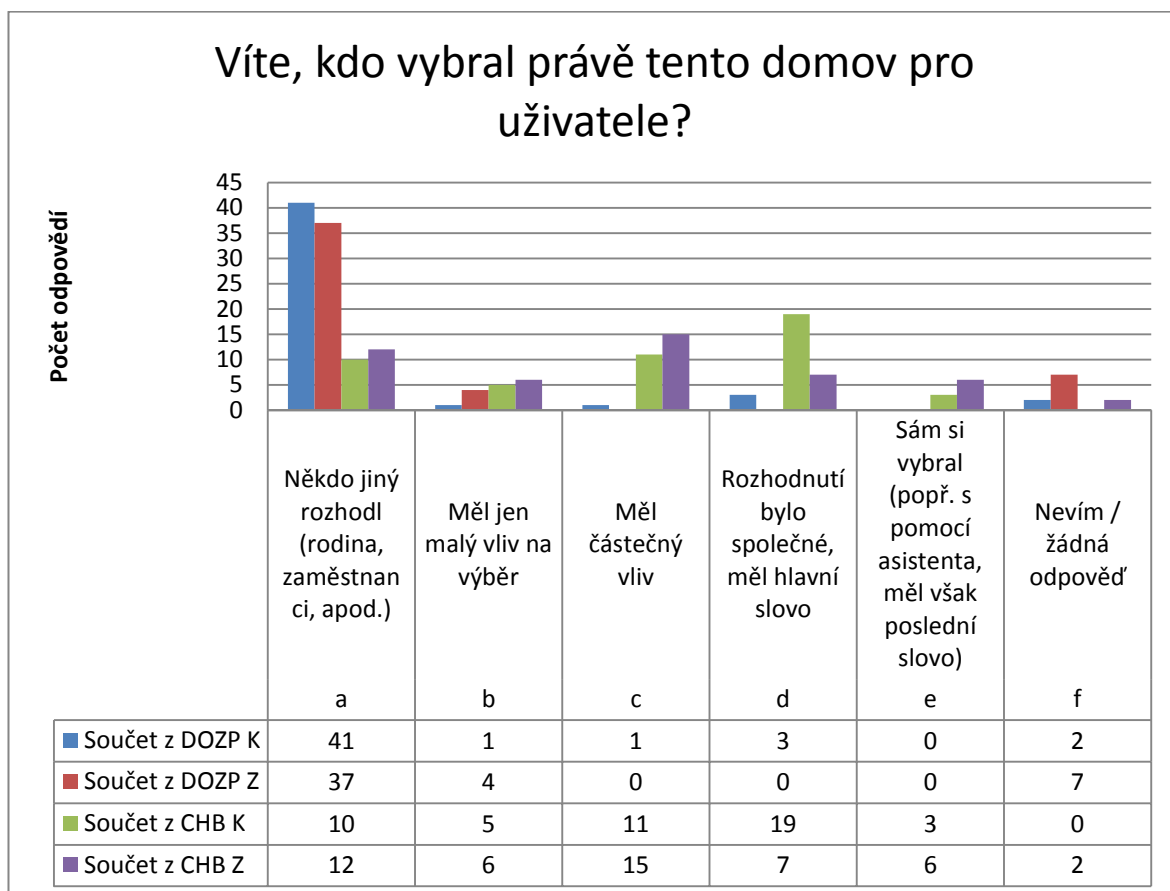


Graf 6: Jak je uživatel spokojen s bydlením?

Hodnocení spokojenosti s bydlením bylo u většiny respondentů převážně pozitivní. Zatímco v chráněném bydlení (dále jen CHB) uvádějí klienti jen odpovědi „dobře“ (24 %) nebo „velmi dobře“ (70 %), respondenti žijící v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) obsáhli celou škálu odpovědí, z nichž většina byla kladná (84 %). Odpověď „dobře“ uvedlo 35 % klientů, „velmi dobře“ 52 % klientů, 6 % odpovědí bylo spíše negativních, jeden uživatel se přiklonil k odpovědi „nevím“.

Většina pracovníků DOZP hodnotí spokojenost s bydlením uživatelů dobře (75 %), 21 % zaměstnanců si myslí, že jsou velmi spokojeni. U zaměstnanců CHB je skóre pozměněno,

60 % respondentů si myslí, že se uživatelům žije v bydlení velmi dobře, 37 % odpovědělo „dobře“.

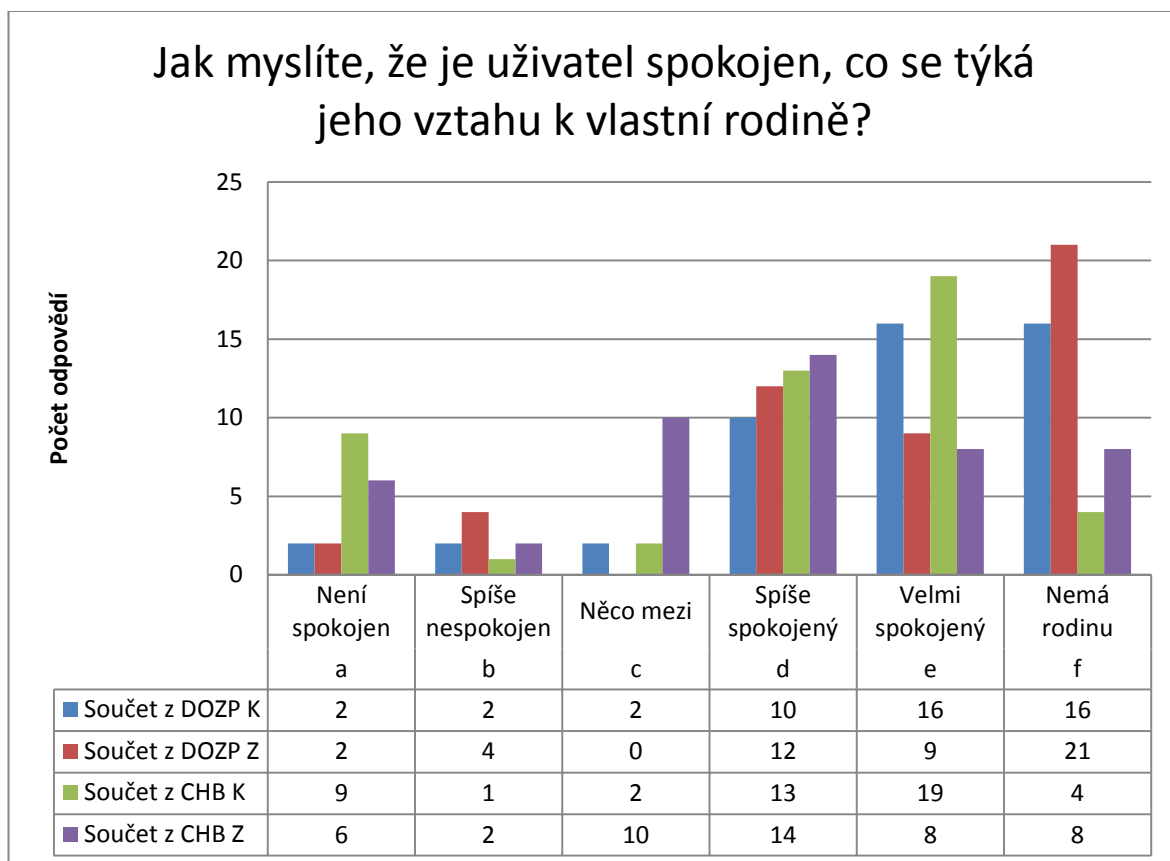


Graf 7: Kdo vybral právě tento domov?

Možnost volby, kde a s kým bude člověk bydlet, je pro většinu lidí samozřejmá. V případě DOZP si však 85 % klientů dané zařízení nevybralo. O tom, kde budou bydlet, rozhodla rodina, opatrovník apod. Pokud klienti rodinu mají, většinou bydlí daleko od ní, neboť v okolí jejich původního bydliště se nenachází zařízení podobného typu. Návštěvy rodiny bývají spíše sporadické. Často se klienti dostávali do zařízení přímo z kojeneckého ústavu. Jen 6 % uživatelů označilo odpověď „rozhodnutí bylo společné, měl jsem hlavní slovo“.

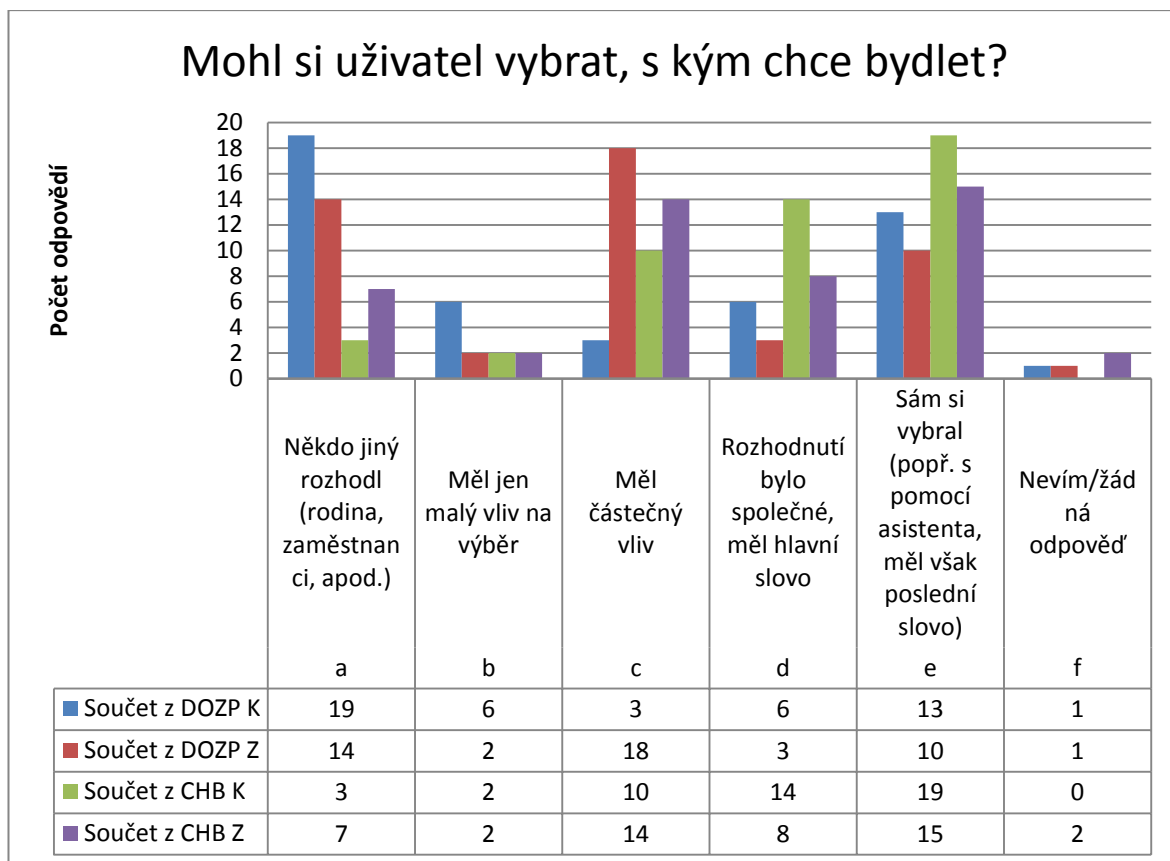
V případě uživatelů CHB je patrnější větší možnost volby, což je dáno tím, že pokud žili původně v DOZP (zařízení prošlo transformací), nabídli jim pracovníci, že se mohou přestěhovat do CHB. Někteří klienti ve svých výpovědích uvedli, že se v podstatě museli přestěhovat, aniž by s tím úplně souhlasili. Přesto 40 % klientů uvádí, že měli hlavní slovo při výběru bydlení, 6 % si samo vybralo CHB, 22 % mělo částečný vliv a 32 % respondentů uvedlo, že měli minimální vliv nebo žádný vliv na rozhodnutí.

Zaměstnanci DOZP uvedli téměř shodné odpovědi jako klienti, 14 % zaměstnanců neví, jak se klienti dostali do zařízení. Určité rozdíly ve výpovědích jsou patrné mezi klienty a zaměstnanci CHB, 31 % uvádí, že klienti měli určitý vliv, podle 26 % respondentů měli velký vliv na výběr domova.



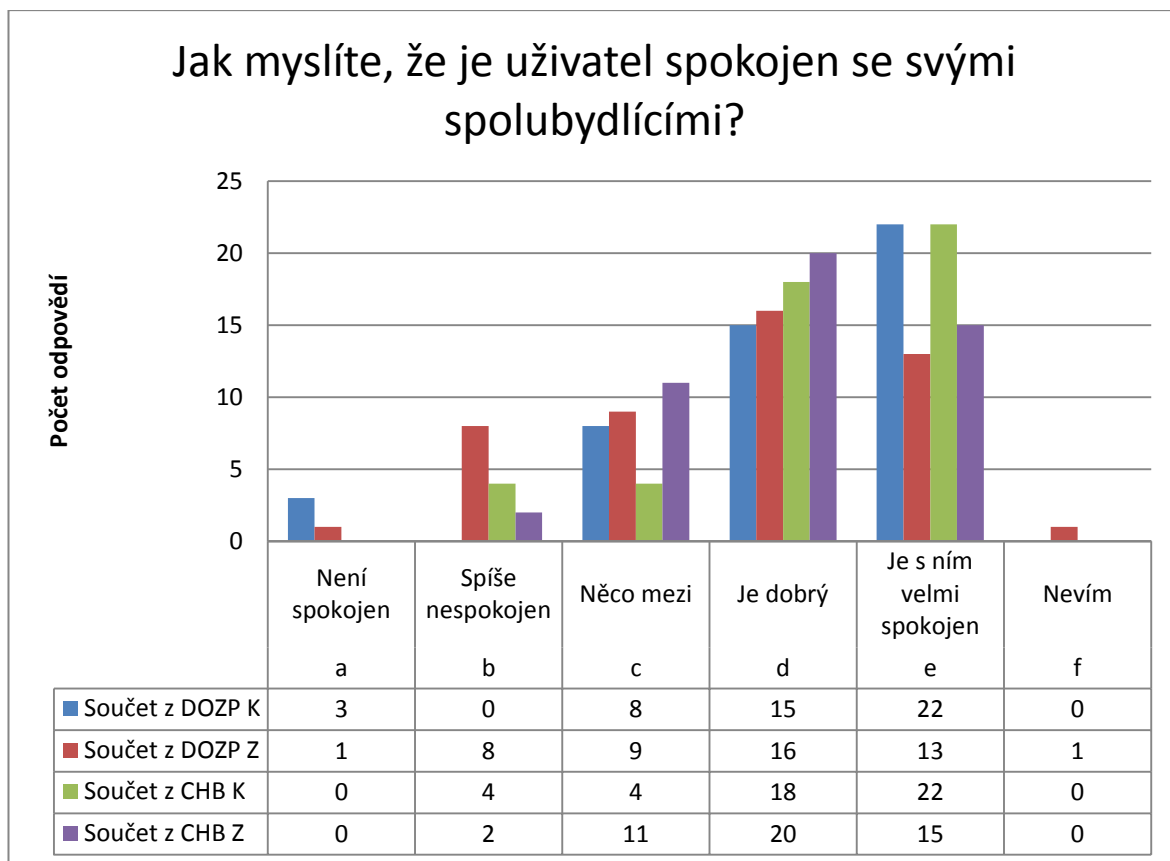
Graf 8: Jak jsou klienti spokojeni, co se týká vztahu s rodinou?

Klientů jsme se vždy nejdříve zeptali, jestli mají rodinu a jsou spolu v nějakém kontaktu. Kromě rodičů uživatelé uváděli sourozence, tety, strýce, bratrance, případně nevlastní rodiče. Klienti, kteří mají rodinu, ale nejsou s ní v kontaktu, využívali odpověď „velmi nespokojený/á“. U klientů CHB bylo 13 % odpovědí „velmi nespokojen“, „spíše spokojeno“ je 27 % klientů a „velmi spokojeno“ je 40 % dotazovaných. U dotazovaných žijících v DOZP je to 33 % odpovědí „nemá rodinu“, spíše spokojených je 27 % a velmi spokojených je stejně jako u obyvatel CHB 33 % dotazovaných. Mnohdy byl zjištěn fakt, že i když se klienti s rodinou téměř nesetkávají, přesto svůj vztah hodnotili kladně.



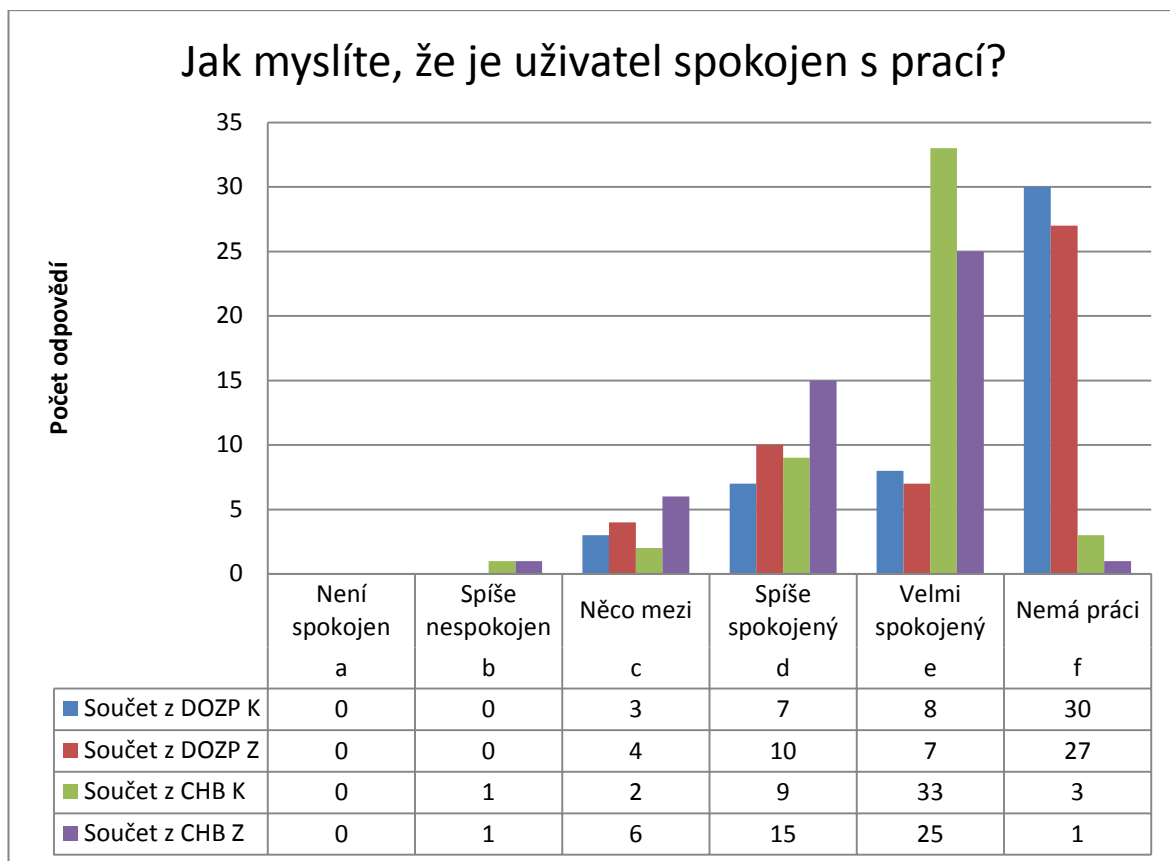
Graf 9: Možnost výběru spolubydličího

Řada uživatelů pobytových služeb, především pak DOZP, žije celý život na jednom pokoji s člověkem, kterého si nevybrala. Z uvedených dat vyplývá, že 40 % uživatelů DOZP a 69 % uživatelů CHB uvedlo, že spíše měli možnost rozhodnout se, s kým chtějí bydlet. Stejnou možnost zvolilo 27 % zaměstnanců DOZP a 48 % pracovníků CHB. Odpověď „někd jiný rozhodl“ zvolilo 40 % klientů DOZP a 6 % uživatelů CHB. Podle 32 % zaměstnanců DOZP měli klienti malý nebo žádný vliv na výběr. Podle 10 % zaměstnanců CHB „rozhodl o tom někdo jiný“ nebo „měl jen malý vliv na výběr“.



Graf 10: Spokojenost se spolubydlicím

Přestože většina respondentů DOZP si spíše nemohla vybrat svého spolubydlicího, označila v 77 % odpovědí, že jsou „spíše spokojeni“ či „velmi spokojeni“. Stejně tak je spokojeno 83 % klientů CHB. Zaměstnanci obou typů služeb to vidí v poměrně shodě s klienty. Jen 6 % klientů DOZP není spokojeno se svými spolubydlicími. Poměrně velký podíl neutrálních odpovědí zvolilo 23 % zaměstnanců CHB.



Graf 11: Jak je klient spokojen s prací?

Otázka č. 9 se týká práce klientů, kterou mají smluvně ošetřenou a dostávají za ni mzdu. Většinou se jednalo o úvazky na 6–12 hodin týdně, mezi něž patřila práce na vrátnici, pomoc v prádelně, zahradnické práce apod. Většina osob byla zaměstnána v rámci zařízení, ne na otevřeném trhu práce (např. klienti chráněného bydlení pracují v domově pro osoby se zdravotním postižením). 62 % klientů DOZP nemá placenou práci, zaměstnanci označili 56 % klientů bez práce (odchylka mohla vzniknout špatným výkladem otázky). 31 % klientů domovů uvádí, že jsou spokojeni nebo velmi spokojeni se svým zaměstnáním. Téměř všichni klienti žijící v CHB mají práci, přičemž 69 % udává, že je s prací velmi spokojena a 18 % z nich je spokojena. Příčinou většího pracovního uplatnění klientů CHB může být opět nižší potřebná míra podpory, tudíž jsou více kompetentní vykonávat zaměstnání. Druhým důvodem může být fakt, že klientům CHB nezůstává 15% podíl finančních prostředků (např. z invalidního důchodu) jako klientům DOZP, tudíž nemají peníze na osobní výdaje a organizace se snaží získávat prostředky na zřizování pracovních míst prostřednictvím např. strukturálních fondů.

Spearmanův koeficient pořadové korelace

Účelem použití Spearmanova koeficientu pořadové korelace bylo zjistit, jak těsný je vztah mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců (klíčových pracovníků), případně, jestli existují rozdíly v těsnosti odpovědí mezi dvěma cílovými skupinami, a to uživateli a zaměstnanci v DOZP a uživateli a zaměstnanci v CHB. Prostřednictvím výpočtu Spearmanova koeficientu pořadové korelace dle níže uvedeného vzorce byly zjištěny následující výsledky⁷⁰.

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n \cdot (n^2 - 1)}$$

Výsledné hodnoty Spearmanova koeficientu pořadové korelace:

$$r_{s(DOZP)} = 0,4549\bar{6}$$

$$r_{s(CHB)} = 0,57349$$

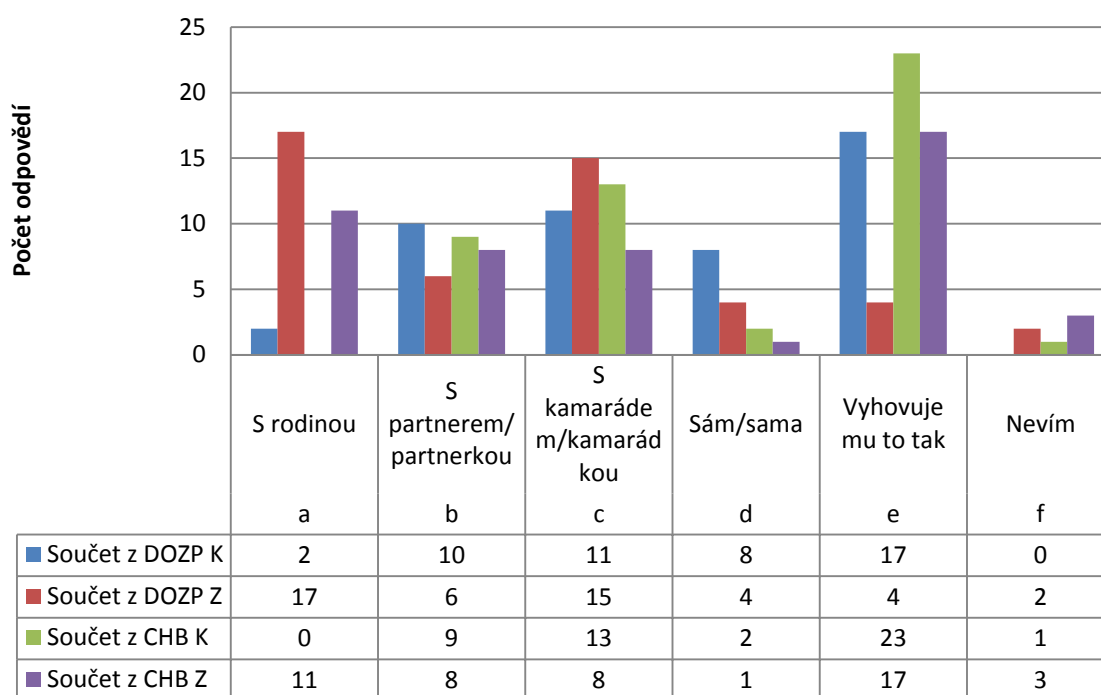
Na základě získaných výpočtů koeficientů korelace lze v obou případech konstatovat, že těsnost vztahu mezi odpověďmi klientů a zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením ($r_{s(DOZP)} = 0,4549\bar{6}$), ale i klientů a zaměstnanců chráněných bydlení ($r_{s(CHB)} = 0,57349$) se vyskytuje v intervalu střední, tedy značné závislosti. V rámci intervalu střední závislosti je těsnost odpovědí mezi klienty a zaměstnanci chráněných bydlení o 0,11853 vyšší než u klientů a zaměstnanců v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je tedy možno konstatovat, že existuje rozdíl v těsnosti odpovědí mezi respondenty domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních, ale je spíše nevýznamný, neboť se oba výsledky pohybují v intervalu střední závislosti.

Doplňující otázky

Kromě statistického vyhodnocení hypotéz, vyplývajících z hodnocení markerů spokojenosti, jsou ještě uvedeny součty významných doplňujících otázek, které jsou stěžejní pro téma práce. Zbylá data jsou analyzována v Příloze č. 7.

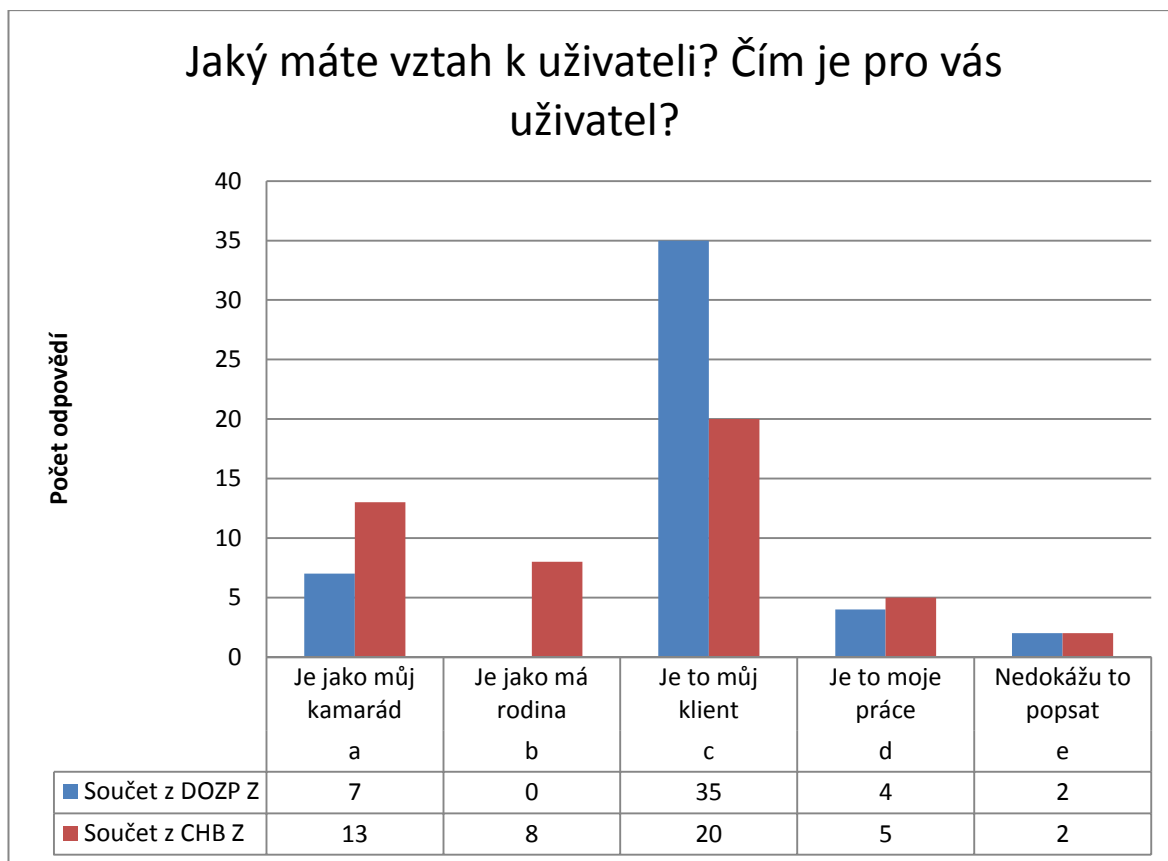
⁷⁰Pro výpočet Spearmanova koeficientu pořadové korelace byla použita aplikace, která je volně dostupná na internetu: <http://www.socscistatistics.com/tests/spearman/Default2.aspx>

Pokud by si uživatel mohl vybrat, s kým myslíte, že by chtěl bydlet?



Graf 12: S kým by chtěli uživatelé bydlet?

Většina klientů chráněných bydlení nemá potřebu bydlet sama, neboť tak většina již bydlí, četnost odpovědí klientů v DOZP je poněkud vyšší. 35 % klientů DOZP vyhovuje současný stav, u klientů CHB se jedná o 48 % respondentů. S partnerem či partnerkou nežije žádný z respondentů, přálo by si to 20 % klientů DOZP a 18 % osob žijících v CHB. S kamarádem či kamarádkou by chtělo žít 23 % uživatelů DOZP a 28 % klientů CHB. 35 % zaměstnanců DOZP a 23% pracovníků CHB předpokládalo, že by klienti chtěli více bydlet se svou rodinou. Příčinou malé četnosti odpovědí a může být to, že většina klientů rodinu nemá nebo s ní nevychází. Dalším vysvětlením může být i to, že se jednalo o dospělé respondenty.

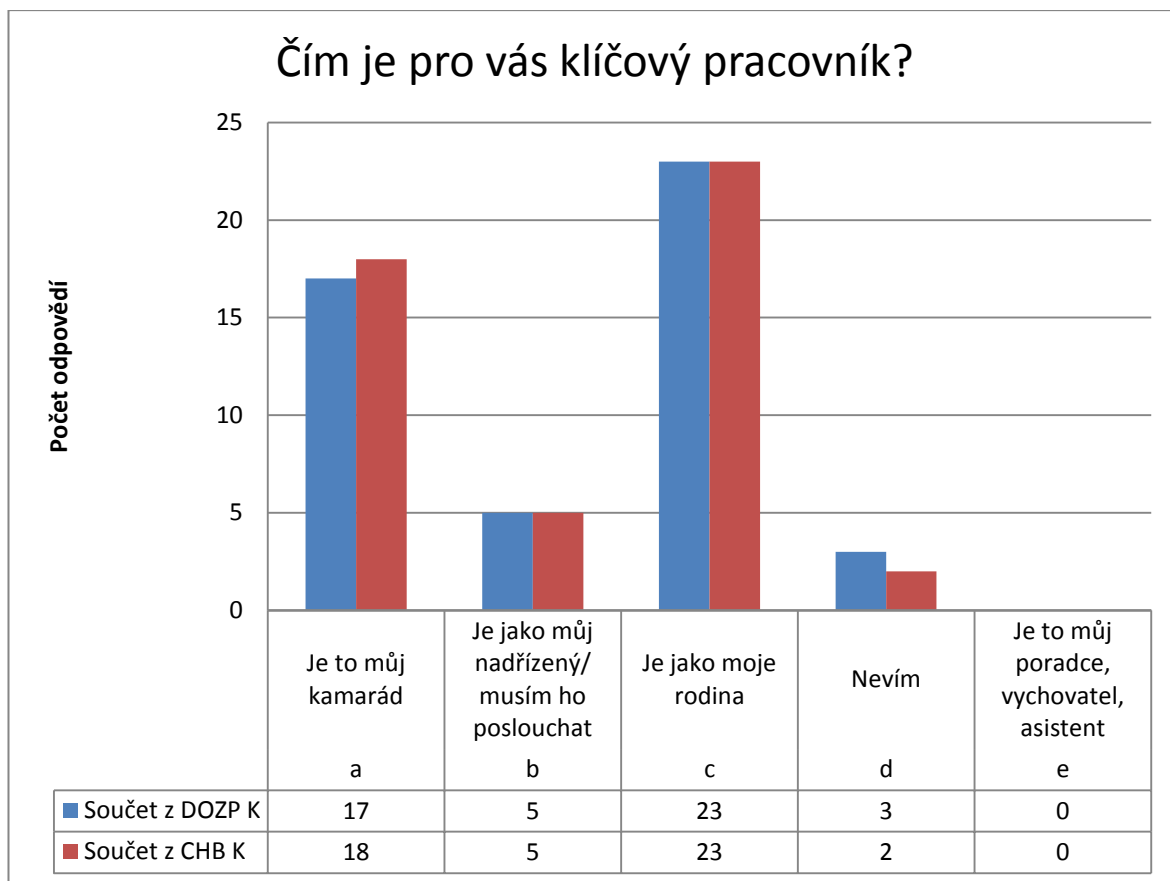


Graf 13: Vztah zaměstnance k uživateli

Velmi zásadní otázka předmětného výzkumu, tentokrát zpracována kvantitativně, nám naznačuje, že skupina pracovníků DOZP vnímá vztah mezi sebou a uživatelem, dalo by se říct profesionálně, bere ho jako svého klienta, a to v 71 % odpovědích. Jako kamaráda jej bere 14 % respondentů a jako práci 8 % respondentů, zbytek zaměstnanců nedokázal tento vztah popsat.

40 % pracovníků CHB vnímá uživatele jako svého klienta, dalších 27 % pokládá uživatele za svého kamaráda, 16 % označuje klienta jako svou rodinu a 10 % považuje vztah za pracovní. Vypadá to, že mezi klienty a zaměstnanci CHB je do jisté míry bližší vztah, intimnější či osobnější, než mezi klienty a zaměstnanci DOZP.

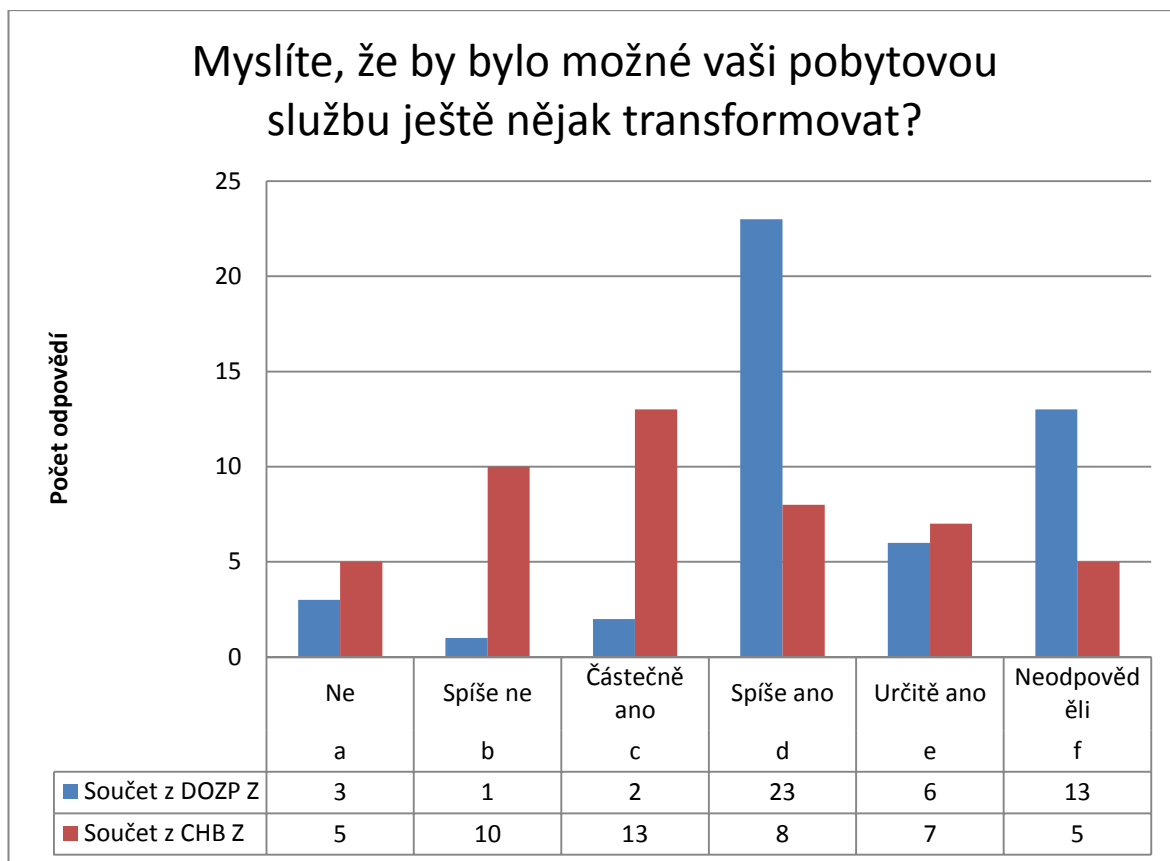
Celkově můžeme vztahy shrnout tak, že 57 % zaměstnanců přistupuje k uživateli jako ke klientovi, 21 % ho bere za kamaráda, 8 % jako svou rodinu a u 9 % respondentů se jedná o práci jako takovou.



Graf 14: Vztah uživatele ke klíčovému pracovníkovi

Uživatelé DOZP vnímají své klíčové pracovníky z 35 % jako své kamarády, 10 % klientů je vnímá jako svou rodinu, největší podíl zastávají názory na vztah jako na vychovatele 47 %, 6 % respondentů je bere jako nadřízené.

Odpovědi klientů CHB jsou téměř shodné.



Graf 15: Je možné ještě transformovat stávající službu?

Ne všechna chráněná bydlení prošla procesem transformace. Jednalo se pouze o jedno chráněné bydlení, které započalo svou činnost již jako chráněné bydlení, nevycházelo z přeměny domova pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně v tomto zařízení byli pracovníci poměrně skeptičtí ke stávajícímu procesu. V této otázce je možno vysledovat poměrně vysokou absenci odpovědí, jednalo se celkem o 18 zaměstnanců, kteří neodpověděli, přestože téměř všechny předchozí otázky (až na pár výjimek) byly zodpovězeny. Z odpovědí lze usuzovat, že téměř polovina oslovených pracovníků domovů si myslí, že je možné službu transformovat. „Určitě ano“ odpovědělo 12 % respondentů DOZP a 6 % si myslí opak. Přestože většina oslovených chráněných bydlení už za sebou proces transformace má, spousta respondentů si myslí, že je možné službu ještě dále transformovat. Kladný postoj k transformaci zastává více než 57 % respondentů, 30 % se přiklání k negativnímu vyjádření a zbytek respondentů neodpověděl.

11.2 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat

Analýza kvantitativních dat výzkumu přináší výsledky, v nichž je patrný statisticky významný rozdíl mezi názory na spokojenost daných skupin respondentů.

Ze získaných dat vyplývá, že pro daný výběr existuje statisticky významný rozdíl mezi názory na spokojenost z pohledu klientů (CHB i DOZP) a názory na spokojenost klientů z pohledu zaměstnanců. Klienti hodnotili svoji spokojenost lépe, než jejich klíčoví pracovníci. Pracovníci si myslí, že jsou klienti méně spokojení, než uvedli samotní klienti. Předpokladem větší shody výsledků byl fakt, že zaměstnanec by měl klienta velmi dobře znát, neboť s ním denně pracuje a podporuje ho v individuálním plánování.

Příčinou rozdílů v názorech na spokojenost může být fenomén „positivity bias“ (Smith 1979 in Hamplová, 2004), trend odpovídat pozitivně, patrný především ve Spojených státech. Podle Dienera a Lucase (2000) je nejen pro Spojené státy typické pozitivní zkreslení, ale dochází k němu obecně u většiny společnosti. Podstatnou otázkou zůstává, nakolik je toto zkreslení typické pro českou společnost a pro osoby s mentálním postižením.

Další příčinou může být fakt, že osoby žijící dlouhodobě v ústavním typu zařízení, nemají na rozdíl od zaměstnance služby možnost srovnání s životem mimo instituci. Klienti se určitým způsobem adaptovali na nepřírozený život v zařízení a je to pro ně norma. Neznají život mimo instituci, život intaktní společnosti. Naopak zaměstnanec má možnost srovnání a může reflektovat určité nedostatky spojené s životem v instituci. Na druhou stranu, život klientů CHB se relativně přibližuje životu v běžné komunitě. V porovnání se zahraničními státy, jako je např. Velká Británie či Švédsko jsou v bydlení a aktivitách klientů CHB v České republice stále ještě patrné institucionální prvky, jak popisuje Ericsson (1999) *denní centra a chráněné dílny⁷¹ jsou zastaralým modelem trávení času ve speciálním prostředí, který shromažďuje a segreguje pod záminkou ochrany.*

Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán i mezi názory na spokojenost mezi klienty DOZP a CHB, výsledky je možné interpretovat tak, že klienti CHB jsou spokojenější, než klienti DOZP. Vzhledem k výsledným datům vycházejících z markerů spokojenosti je možné konstatovat, že klienti CHB jsou spokojenější s denním programem, stravou, ve vztahu s rodinou. Co se týká možností rozhodování (o svém dni, životě) vykazují klienti CHB větší možnosti volby v oblastech výběru stravy, a současně možnosti její přípravy, možnost výběru spolubydlícího, klíčového pracovníka, větší volností pohybu a určování programu dne. Vyšší míra spokojenosti je patrná i v souvislosti s prací. Příčinou je

⁷¹Chráněné dílny sice byly zrušeny, ale klienti stále pracují např. v terapeutických dílnách.

především rozdíl v tom, že většina klientů DOZP nemá placenou práci na rozdíl od klientů CHB. Důvodem větší spokojenosti klientů v CHB může být i míra potřebné podpory daným klientům. Jak již bylo uvedeno, v chráněných bydleních žijí především „šikovnější“ klienti. Nepotřebují tolik péče a mají více kompetencí, než klienti žijící v domovech s vyšší mírou podpory.

Dalším bodem výzkumného šetření bylo zjišťování míry těsnosti vztahu odpovědi mezi klienty a zaměstnanci jednotlivých zařízení prostřednictvím Spearmanova koeficientu pořadové korelace. Míru těsnosti vztahu odpovědi bylo možné získat prostřednictvím spárování jednotlivých dotazníků klient – zaměstnanec. V obou cílových skupinách (klienti a zaměstnanci DOZP, klienti a zaměstnanci CHB), bylo prostřednictvím analýzy rozptylu zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi klientů a zaměstnanců, čili odpovědi nejsou úplně shodné. Míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců DOZP nebo uživatelů a zaměstnanců CHB se dle výsledků Spearmanova koeficientu pořadové korelace nachází v intervalu střední, tedy značné závislosti. Mezi dvěma skupinami byl zjištěn menší rozdíl. Neexistuje však významný rozdíl v míře těsnosti odpovědi mezi uživateli a pracovníky CHB a DOZP.

Kvantitativním posuzováním oblasti vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem vyplývá, že zaměstnanec vnímá uživatele především jako svého klienta, někteří ho vnímají jako kamaráda, část respondentů CHB ho má skoro jako svou rodinu. V názorech uživatelů převažuje pohled na klíčového pracovníka jako na svého vychovatele, asistenta nebo poradce. Další část považuje pracovníka za svého kamaráda, vyskytuje se zde i určité procento klientů, kteří ho vnímají jako svou rodinu. Nejméně odpovědi směřovalo k pracovníkovi jako k někomu nadřízenému. Zajímavé bylo sledovat vysokou míru podobnosti odpovědi klientů CHB i DOZP.

Postoj k transformaci sociálních pobytových služeb v jednotlivých zařízeních byl zjišťován jen z pohledu pracovníků, klienti na tuto otázku nebyli dotazováni. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že většina, 58% pracovníků CHB si myslí, že by bylo možné službu ještě dále transformovat. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že ačkoliv zařízení je v projektu a ptali jsme se pracovníků CHB, proces transformace ještě nebyl zcela dokončen. V případě zaměstnanců DOZP vidí možnost transformace zařízení (kde ještě např. proces nebyl započat) 64 % zaměstnanců DOZP. 6 % zaměstnanců DOZP si myslí, že není potřeba pobytovou službu měnit a zbytek neodpověděl.

11.3 Analýza výsledků kvalitativních dat

Nejkomplikovanější částí kvalitativního výzkumu bývá samotná analýza získaných dat, což je dáno především nízkou standardizací jednotlivých postupů a různorodostí výkladů metod. Variabilita a kombinovatelnost dat a vztahů přináší mnohé výhody. Někteří odborníci však považují kvalitativní výzkum spíše za umění, než za vědeckou metodu. Proto i starší metodiky doporučují spíše deskripci kvalitativních dat. (Miovský, 2006)

Během analýzy získaných dat by se měla postupně sama vynořovat témata, která budou osvětlovat určitý fenomén. Důležité je sestavit získané informace tak, aby bylo možné dále nalézat a popisovat vazby mezi jednotlivými jevy, což mnohdy vyžaduje již určité zkušenosti výzkumníka (Hendl, /www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf/).

Smyslem kvalitativní analýzy a interpretace výsledků je osvětlit subjektivní definice významů fenoménů v kontextu daného prostředí a situace. V integrujícím popisu mají být čitelně podány názory zkoumaných jedinců, jejich subjektivní teorie. Cílem je přiblížit čtenáři zkušenosti, které se popisují z pohledu účastníků. Kvalitativní výzkum většinou zdůrazňuje, že výsledky je nutné uvažovat lokálně v daném kontextu. Obvykle se neusiluje o zobecnění na větší populaci. *Zobecňuje se vzhledem k teorii a je úkolem čtenáře, aby se z výsledků poučil a teorii aplikoval, pokud se mu to zdá relevantní.* (www.kpg.zcu.cz/capv/HTML/5/5.pdf, s. 10)

Pro tuto práci byla zvolena metoda obsahové analýzy. Při aplikaci obsahové analýzy je možné pracovat pouze se základním rámcem, tzv. manifestní obsahové analýzy. Jedná se o analýzu, která zkoumá povrchové či explicitní obsahy a formy textu. Druhou možností obsahové analýzy je tzv. interpretativní obsahová analýza, zkoumající také implicitní významy skryté v textu (Plichtová, 1996 in Miovský, 2006).

Oba přístupy nelze chápat jako kontradiktorní. Naopak, je třeba je chápat spíše jako kooperující paradigmaty, z nichž každé přináší jisté výhody a jejich vzájemná kombinace dokáže v mnohém řešit nevýhody vyplývající z aplikace jednoho nebo druhého. (Miovský, 2006, s. 240)

Postup a procedury obsahové analýzy je možné rozdělit do několika fází. V počáteční fázi jsou zvoleny vhodné dokumenty, které jsou následně použity pro obsahovou analýzu (např. data vytvořená metodou interview), v dalších etapách dochází k jejich shromažďování

a třídění. Následujícím krokem je definování základních jednotek a tvorba systému kategorií. Ke každé kategorii náleží odpovídající kód. Kategorie mohou být tvořeny dvojím způsobem, buďto deskriptivně (v průběhu analýzy kategorie teprve vzniká), nebo teoretickým přístupem (kategorie je vytvářena předem a k přiřazování do kategorií se přistupuje až ve chvíli, kdy je celý systém vytvořen). Proces kódování spočívá v prisuzování určitých zkratků či jiný způsob označování kategorií a k nim přiřazených určitých částí textu. V průběhu celého kódování by mělo být zřejmé, že jednotky nesou určitý kontextuální význam a že tento význam lze vysvětlit různě. (Plichtová, 1996 in Miovský)

Pro tento výzkum byly využity oba přístupy obsahové analýzy, tedy teoretický i deskriptivní, neboť některé kategorie byly vytvořeny předem, na podkladě předchozích zkušeností s danou problematikou, jiné se zformovaly až na základě získaných informací během kódování dat.

11.3.1 Kategorie

Některé kategorie vznikly na základě stanovených výzkumných otázek. Kategorie i subkategorie byly sestaveny z rozhovorů s pracovníky v přímé péči, ale i s několika vedoucími pracovníky služeb. (Písmenem R je značen respondent, číslo značí pořadí, v jakém bylo pořízeno s jednotlivými respondenty interview.)

Kategorie jsou koncipovány do tří částí. V první části má každá z kategorií své schéma, ve kterém je ilustrována se svými podkategoriemi. Dále jsou kategorie za pomoci metody trsů z interview koncipovány do ucelených bloků. (Olejníčková, 2013, s. 105)

Třetí částí každé kategorie je tabulka, v níž jsou shrnuty poznatky z rozhovorů, jež jsou dále interpretovány. *Jednotlivé kategorie jsou dále dávány do kontextu s ostatními kategoriemi a podkategoriemi, ale i s teoretickými poznatky (Olejníčková, 2013, s. 105).*

11.3.1.1 Kategorie vztah

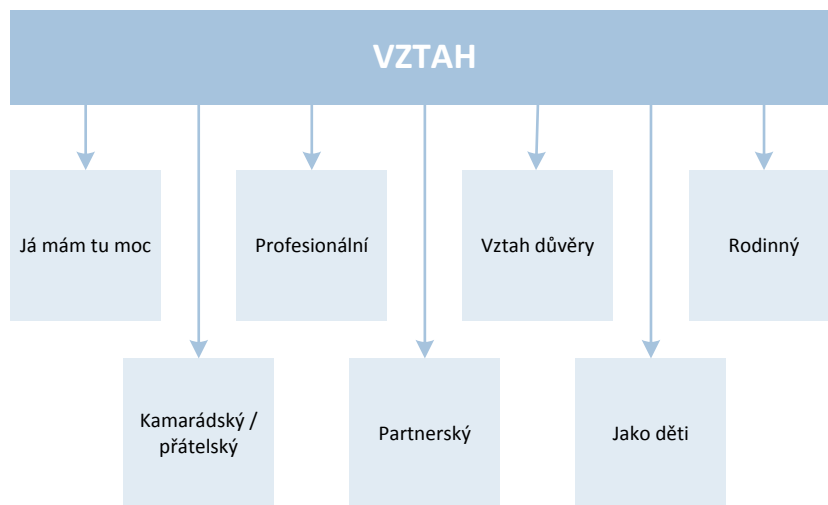


Schéma 1: Kategorie vztah

R1: *Tak já nevím, každodenní setkávání, řešení situací, běžných problémů v domácnosti, nebo i ať už v soukromí a vztah napadá mě, že je problém trošku udržet profesionální, takové bruslení, hlídat si hranice, často na to narážíme a řešíme.*

R1: *Je to takový bruslení. Člověk jim vždy připomíná, jako tohle už ne, ať už nějaký, že objímat se nebudeme. Plno situací, kdy fakt se snažíme nezajít za nějakou hranici, protože pak už se to hůř vrací, když oni si na něco zvyknou. Často to bývá téma i našich supervizí, kdy některý asistent má ke svému kmenovému klientovi blíž, je schopen se s ním obejmout a nahrazuje mu člověka, někoho z rodiny, někoho, koho nemá ten klient a může to být pak potíž u ostatních asistentů, kteří jakoby nechtějí zajít za tuhle hranici...*

R1: *Je to pak, klient pak říká a proč on to dělá a proč ty to neděláš? Takže to si i sami připomínáme, že bychom si měli zachovat i nějakou profesionalitu, ale je to těžký, tím, že ne, že nahrazujeme nějakou rodinu, ale jsme tady s tím, že lidi tady nemají někoho jiného.*

R2: *...spíš asi nějakou tu přivázanost nebo připoutanost, nebo asi, že člověk přebírá nějakou zodpovědnost prostě za ty lidi, takže potom nějaké myšlenky, nějaká rizika, hodně sil i jako v soukromém životě.*

R2: *Já myslím, že není byt, kde by byly ty vztahy teď nějaký napjatý. Byly doby, kdy ty vztahy byly horší, kdy přišel asistent, kterej sem úplně nezapadnul, klienti jej potom těžko dávali a ty vztahy byly takový napnutý, ale teď, když to tady vidíte, jak se tady komunikuje,*

tak si myslím, že je to docela fajn. Samozřejmě, vždycky se tady někdo porafá, to se pak sedne, vysvětlí se to a pak se to uklidní.

R3: ... vždycky se dbalo na to a zejména řádové sestry dbaly na to, aby ten vztah byl jako v rodině a já si myslím, že v tomto duchu zařízení pokračuje i teď. ...je to vždycky o té osobní rovině klient – zaměstnanec, ale pokud bych měl hovořit o obecné rovině, tak si myslím, že opravdu ty vztahy jsou dobré, že tady pracují lidé, kteří tu práci berou jako za svou, že to neberou jenom jako formální zaměstnání, ...pokud lidé pracují na těch domovech u těch víc postižených ve dvanáctihodinových směnách, tak kdyby si ten vztah nevybudovali, tak si myslím, že by tady nemohli dlouho pracovat. Ale samozřejmě najdou se i pracovníci, kde ten vztah není prostě tak, jak by měl být.

R3: ... pokud ten vztah tam není, tak že by se nikam dál neposunuli, tam ten vztah musí být, takže já bych řekl u té profese pracovník sociální péče a vychovatel, tam je základ ten vztah. Třeba u zdravotních pracovníků, tam by třeba mohlo být bodově, že si s nima splní, ...

R4: snažíme se fakt těm klientům splnit všechno, o co si řeknou. ... snažíme se tomu klientovi vyhovět.

R5: Z mojí strany je kamarádský, někteří uživatelé ho berou jako rodinný, že jsme rodina, ti vám to i někteří přímo řeknou, že nás berou jako rodinu. Řeknou maminka, tatínek, jako v uvozovkách a takhle to, spíš jako takový přátelský.

R6: ...my, tady náš celej kolektiv, tak vnímáme ten vztah, takovej jakoby, že oni jsou tady doma, to jsou vlastně jako naše děti, ... takže takovej, jakože kamarádskej. Snažíme se s nima mít ten vztah, samozřejmě, když to přejde přes nějakou hranicu, tak se to tak trošku změní, musíme být aj přísní.

R9: No, měl by být profesionální, vím to, spálila jsem se takhle s jednou klientkou, to bylo ze začátku, když jsem si ji moc vzala, byla jsem navíc ještě jako klíčový pracovník. Naučila jsem se k těm lidem přistupovat prostě jako profesionálně, ale vnitřně cítím, že dávám asi víc.

R9: Prostě cítíte, že jste tam vítaná a jsou ve vaší společnosti rádi. ...že byste to i vycítla, že s váma nechou bejt, jo, že třeba čekají na jinou pečovatelku, ale zase říkám, jsou klienti,

který máte prostě radši, nebo jsou klienti, kteří mají radši tu druhou, což je přirozený a beru to tak, ale snažím se to rozdávat to stejnoměrně. Ta profesionalita, ...

R7: Ještě pořád aspoň u nás je v dost případech takový ten „já mám tu moc“, ale myslím si, že se to začíná trošku zpravovat, ...

R7: ... přístup sociálních pracovníků je na trošku jiné úrovni, nenařizují direktivně, co máš dělat, ale je takový, že vám to vysvětlí, abys to měl dobře a vlastně takto by to mělo jít od nás k tomu klientovi, jo, že ano, já ti to vysvětlím, abys to uměl udělat, ale ne direktivně, tak to budeš dělat, takže ono když to bude z toho vrchu člověk cítit, že se s ním takto jedná, tak se to promítne i v tom vztahu toho pracovníka k uživateli, protože on se na toho uživatele bude dívat trošku jinak, protože s ním bude muset jinak pracovat a bude o něm přemýšlet, ...

R8: Vztah ke klientům, snažím se, aby to bylo ke všem stejný, ale přece to nejde se ke všem chovat stejně, nebo chovám se ke všem hezky, myslím, ale mám prostě oblibence.

R10: ...partnerský přístup, ne zdravotnický model péče, už odchází ze sociálních služeb, nebo měl by odcházet, ...

R10: ...my jsme tady pro klienty a zaměstnanci to někteří nemají rádi, já říkám, já jsem tady pro klienty, že jo. A zaměstnanci jsou prostředek k tomu, abych jim zařídila spokojenej život, aktivní život, že jo, který mají ti vrstevníci v přirozeném prostředí, takže, kdo chce u nás pracovat, musí mít především srdíčko a to poznaj ti klienti, oni jsou čistý duše a mají víc té empatie v sobě, takže oni to poznaj.

R10: Lítost je špatný přístup. Oni potřebují partnerský přístup na úrovni osobní a prostě naplnit jim život nějakýma aktivitami, ale ne umělejma,

R11: Když je pohoda mezi personálem, odráží se to na klientech, snažíme se o dobré vztahy, někteří klienti jsou „přechytračeli“, dokáží využít situace, člověk už ví.

R11: Klienti potřebují mít důvěru, myslím, že to mají. Vyslechneme je, mají schránku.

Tabulka 9: Kategorie vztah

KATEGORIE: VZTAH	
Subkategorie „Já mám tu moc“	Kontext
<p>Pracovník domova popisuje postoj subordínace nad klienty u části svých kolegů R7: „Ještě pořád aspoň u nás je v dost případech takový ten „já mám tu moc“. Jedná se o postoj „klient je tu pro mě“. Ve výpovědi se respondent zmiňuje o tom, že se tento postoj postupně mění, což je podle něj zapříčiněno změnou vedení, které více dbá o dobrý chod na oddělení prostřednictvím pravidelných kontrol. Pracovník si pak nedovolí k uživateli tolik co dřív, někdo by ho mohl slyšet, popř. vidět jeho neadekvátní reakce na vzniklé situace. Respondent uvádí, že velký vliv má i spolupráce se sociálními pracovníky, kteří jsou k pracovníkům v přímé péči více otevření, ne direktivní jako dříve a snaží se o to, aby PSP podpořili ve tvorbě např. individuálního plánu. Postoj vycházející od nadřízených pracovníků se odráží ve vztahu a práci s klientem R7: „když to bude z toho vrchu člověk cítit, že se s ním takto jedná, tak se to promítne i v tom vztahu toho pracovníka k uživateli“</p> <p>Jiný respondent uvádí, že pokud má pracovník takový postoj ke klientům, většinou sám odchází z organizace, nebo se s ním organizace zhruba do půl roku</p>	<p>Zmíněný postoj popisuje např. Kopřiva (2011), klient je částečně závislý na pracovníkovi. Ten mu spoluutváří jeho den, přímo ovlivňuje kvalitu života uživatele. Jak popisuje Matoušek (1999), klienti mají u pracovníka schované své finance, všechny nákupy musí konzultovat a vyžádat si konkrétní sumu peněz. Postoj „já mám tu moc“ bývá typický u organizace s jasně strukturovanou hierarchií, kde na vrcholu pyramidy stojí vedení, přičemž spodní pozice patří uživatelům, kteří jsou jasně vedeni, co mají dělat a je omezena jejich autonomie. Tento postoj může být živnou půdou pro šikanu, buďto ze strany zaměstnanců, nebo je přehlížena mezi klienty. Pracovníci přejímají postoje vedoucích pracovníků. Když se bude vedení chovat direktivně, bude se to odrážet i ve vztahu ke klientům, klient tak přichází o svou autonomii, může být i nadměrně kontrolován ve chvílích, kdy to není potřeba (Kopřiva, 2011).</p>

<p>rozloučí, neboť je to neslučitelné s jejich filozofií sociální služby.</p>	
<p>Subkategorie: Rodinný vztah</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent popisuje dlouhodobý vývoj péče daného zařízení, vycházející z křesťanského principu charakteru péče zakládajících řádových sester, který nadále přetrvává R3: „aby ten vztah byl jako v rodině“. Obecně zastává názor, že jsou vztahy dobré i v tzv. velkokapacitním zařízení, samozřejmě vždy záleží na jednotlivcích. Respondent také poukazuje na to, že kdyby si pracovníci nevybudovali vztah, např. u těžce postižených klientů, nemohli by vůbec tuto profesi vykonávat. Jiný respondent uvádí, že jsou pro něj klienti jako jeho děti R6: „že oni jsou tady doma, to jsou vlastně jako naše děti“, dále uvádí, že je zároveň kamarádský, snaží se klientům vycházet vstříc. R10: „...někdy je to těžké s matkami od více dětí, mají potřebu vše řídit...“</p>	<p>Otázkou zůstává, co to je, rodinný přístup? Kdo je v ústavní rodině otec, matka, bratr, sestra, strýc, teta? Čím přesně je pracovník v přímé péči?</p> <p>V podstatě bychom mohli komparovat situaci mnohdy opuštěných klientů v zařízení a řádových sester, které později přicházejí o rodinu. Náhradou rodiny jim mohou být právě uživatelé. Může existovat snaha o substituci rodiny, o určité naplňování potřeb rodinných vazeb.</p> <p>V kontextu postoje klient „jako dítě“ může nastat riziko, že pokud zaměstnanec vnímá klienty, jako děti, může mít tendenci se k nim i tak chovat. Může se jednat o direktivnější přístup ve snaze neustále je vychovávat, omezovat jejich autonomii. Jiný respondent poukazuje na často se vyskytující direktivnější přístup pracovníc, matek od více dětí, které mají tendenci mít vše pod kontrolou.</p>
<p>Subkategorie: Profesionální</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent popisuje, jak je někdy těžké udržet hranice vztahu, popisuje to jako takové „bruslení“, neboť mnohdy klient vyžaduje od pracovníka „víc“, případně i</p>	<p>Udržení hranic a profesionality v pomáhajících profesích je tématem autorů Kopřivy, Schmidbauera i Pörtner. Jak popisuje Kopřiva (2011), rozdíl oproti</p>

<p>sám zaměstnanec na hranici někdy zapomíná. Výsledkem může být i to, že každý zaměstnanec má hranici posunutou jinde a klient vyžaduje např. objímání po všech asistentech, což pak bývá podnětem pro supervize. Jiný respondent popisuje konkrétní zkušenost, kdy byl vztah natolik blízký, že klient málem trávil vánoce v rodině pomáhajícího R9“ „No, měl by být profesionální, vím to, spálila jsem se takhle s jednou klientkou, ...“ Dle respondenta se jednalo o manipulativního uživatele a po několika nepříjemných situacích došlo k opětovnému nastavení hranic. Do této kategorie by se zároveň dal zařadit vztah se snahou ke každému přistupovat stejně, což je podle pracovníků velmi těžké, neboť vždy se vytváří sympatie k některým klientům více a k některým méně R8: „<i>snažím se, aby to bylo ke všem stejný, ale přece to nejde se ke všem chovat stejně</i>“.</p> <p>Respondent si je této skutečnosti vědom a i přes sympatie k jednomu uživateli si dává pozor na to, aby nezanedbával ostatní klienty.</p>	<p>jiným povoláním, která pracují s lidmi je v tom, že vztah mezi klientem a pracovníkem by měl být osobní, nemělo by se jednat jen o soubor svěřených pravomocí. Je však velmi těžké ke každému přistupovat stejně, k člověku, ke kterému chová zaměstnanec sympatie, nebo antipatie. Důležitá je však nutnost zachovat si určitou úroveň vztahů tak, aby někteří klienti nebyli opomíjeni. Tento problém můžeme do jisté míry spatřovat ve větších skupinách, kde jsou klienti, kteří na sebe strhávají většinu pozornosti pracovníka a např. klidnější klienti mají mnohem méně prostoru a pracovníkovy pozornosti.</p>
<p>Subkategorie: Partnerský</p>	<p>Kontext</p>
<p>R10: „<i>partnerský přístup, ne zdravotnický model péče...</i>“ Respondent uvádí, že pokud zaměstnanec nemá partnerský přístup ke klientovi, těžko ho může rozvíjet. Pracovník je zde od toho, aby co nejvíce naplňoval klientovy potřeby, aby byl klient</p>	<p>Partnerský přístup je patrný v konceptu Marlis Pörtner <i>Na osobu zaměřený přístup</i>, shodně s respondentem poukazuje na zásadní úkol pracovníka, a to zprostředkovat klientovi rozvoj jeho samostatnosti a zároveň nezávislosti na</p>

spokojený. Zároveň pracovník poukazuje na ustupující zdravotnický model péče, který je již v daném zařízení přežitkem.	jiných osobách.
Subkategorie: Přátelský/kamarádský	Kontext
Respondenti zmiňovali kromě rodinného vztahu právě vztah přátelský či kamarádský. R5: „ <i>Z její strany je kamarádský...</i> “ Pracovníci mají snahu vycházet klientům co nejvíce vstříc, berou ho jako kamaráda, se kterým si rádi povykládají o obyčejných věcech. Pracovníci však opět upozorňují na vztah, který by neměl překračovat určitou hranici.	Tato subkategorie vztahu částečně odpovídá předchozímu partnerskému vztahu. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že čtvrtina pracovníků CHB a osmina pracovníků DOZP vnímá klienty jako své kamarády. Třetina klientů CHB a DOZP považuje své klíčové pracovníky za kamarády.
Subkategorie: Vztah důvěry	Kontext
Respondent uvádí, že je podle něj nejdůležitější, aby měli klienti důvěru k pracovníkům. R11: „Klienti potřebují mít důvěru...“ Určitý pocit jistoty, že se na někoho mohou spolehnout, že jim pomůže, podpoří nebo jen vyslechne.	Důvěru by měli klienti pociťovat především ke svému klíčovému pracovníkovi. Pokud tam není, těžko bude klient naplňovat své osobní cíle a dále se rozvíjet.

11.3.1.2 Kategorie motivace

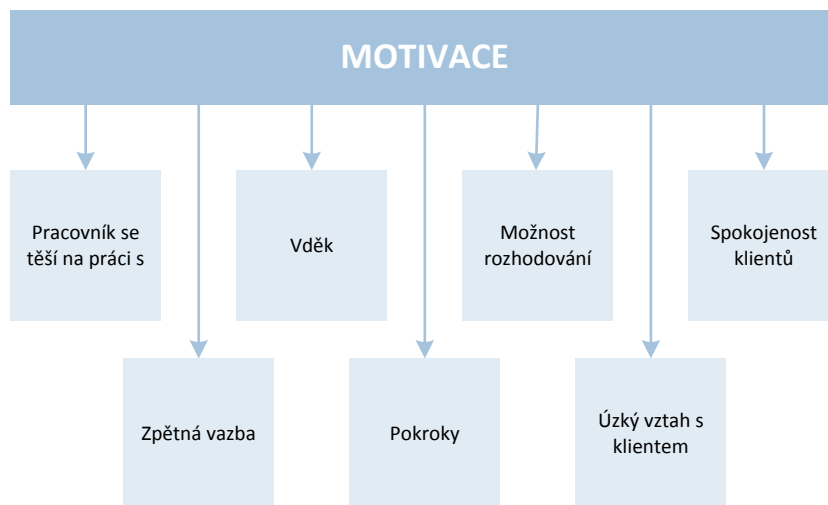


Schéma 2: Kategorie: motivace

R1: *Jsem spokojený tady, protože jednak mě motivuje to, že záleží na nás, jak si rozvrhneme tu službu ten den, nikdo jakoby neříká, co musím dělat, co se musí dělat, co se musí zvládnout,*

R1: *... je to svoboda rozhodování... I pracovní doba, že si můžeme na ten měsíc naplánovat ty směny, dá se říct, jak to kdo potřebuje.*

R2: *...po nějakým kratším intervalu jde vidět nějaký vývoj. Že to třeba není jako v bytech s těžším postižením, kde to je dlouhodobá záležitost a je to neměnné, je to o udržení nějakých schopností, tady je ta šance toho, že ty lidi to bydlení jednou opustí a jde vidět ty pokroky. ...Zároveň ten vztah je užší a ty lidi máte jako by rád, takže rád je vidíte, rád si s nimi pokecáte, tak jako s kamarády, i když nějaký ty hranice je potřeba držet.*

R4: *No, oni sami, když vidíte, že to, co s nima pracujete 2 měsíce, že se to konečně jednou podaří, ...že to není zbytečný ...*

R5: *Že jsou spokojení a těší se na mě.*

R7: *Když vidím, že mají z něčeho radost, když jim někdo něco nabídne a vidíte, že se snaží. Tady když jdeme do vaření, tak už se ptají, kdy půjdeme vařit a co budeme vařit.*

R9: *Motivuje mě to, že je tam ta zpětná vazba, že oni jsou spokojení ti klienti, že tam je ... někteří vám řeknou „děkuju“, ... Jsou tady spokojení s tím systémem i jak se k nim chováme, s tím přístupem. Myslím si, že jako kohokoliv se zeptáte, tak si myslím, že řeknou, že jsou tady spokojeni a to je důležitý.*

R6: *Já to tu práci mám strašně ráda, já to miluju, strašně ráda sem chodím, jakože já si tady třeba aj odpočinu. ... když se jim něco podaří, tak jako, že mám tu zpětnou vazbu od těch klientů, že oni když jim něco dáte, poděkují, poprosí, ...*

R8: *Tak všeobecně mám radost z toho, že vy přijдете do práce a oni vyskočí a objímají vás a jsou strašně rádi, že vás vidí. ... celkově mě motivuje to, že tady jsou hrozný pokroky u těch lidí. Nastoupili sem, chovali se jak zvířátka a my už dneska s nima jdeme do restaurace, ...*

R9: *...všichni jako víc začali komunikovat, mají větší slovní zásobu, je tam, co se týká vyjadřování, ..., dřív někteří jedli rukama a teď už se snaží někteří pozdravit, poděkovat, tak jako slušně se chovat a to je ta integrace do společnosti*

Tabulka 10: Kategorie motivace

KATEGORIE: MOTIVACE	
Subkategorie: Pokrok klientů	Kontext
<p>Respondenti oceňují, když vidí pokrok u klientů. Někteří jsou na cestě k větší samostatnosti nebo k úplnému osamostatnění se. Respondenti poukazují i na pokrok např. ve stravování, kdy se klienti naučili kultivovaně jíst a nestydí se s nimi jít do restaurace. Klient dokáže žít ve vlastní domácnosti. Složitější je to u osob s těžším postižením, kde není pokrok tak patrný. Respondent pracující s těmito klienty vyzdvihuje i malé pokroky. Sami klienti mají např. velmi rádi kroužek vaření, kdy v podstatě zjišťují, že jídlo nepochází jen z talířku, ale že je potřeba ho upravit a nachystat, že existují elektrické spotřebiče, např. trouba. Klienti mají v podstatě možnost jen rozsvítit a zhasnout světlo, k ostatním technickým vymoženostem se nedostanou. Pokrok je tedy i v tom, že</p>	<p>Zaměstnanci vidí v práci smysl, klient se rozvíjí na základě jejich vynaloženého úsilí. Jak uvádí Pörtner „kvalita pracovníka se ukáže tak, že je nahraditelný“ Pracovník podporuje klienta tak, aby se co nejvíce rozvíjel a osamostatňoval. V případě viditelných pokroků, je to určité zadostiučinění pro zaměstnance. Je to ocenění jejich práce.</p>

<p>klient poznává věci každodenní potřeby, nežije jen v umělém vakuu.</p>	
<p>Subkategorie: Zpětná vazba</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent uvádí klientovu spokojenost, kterou projevuje vůči pracovníkovi. Dokáže pracovníkovi za vynaložené úsilí poděkovat, pohladí pracovníka, pracovník vidí, že se klientovi v bydlení líbí, mezi ostatními klienty i zaměstnanci se cítí dobře. Případně, když se klient naučí něco na nácviku, něco se mu povede, dokáže se pochválit. Zpětná vazba se odráží i v okolí. Respondenti uvádějí, že byli klienti pochváleni např. za oblékání nebo vystupování na veřejnosti.</p>	<p>Zpětnou vazbu bychom mohli charakterizovat jako smysl práce v pomáhajících profesích. Měla by být především pozitivní. Pokud pracovník dlouhodobě nemá pozitivní zpětnou vazbu, může dojít k jeho vyhoření.</p> <p>Pobytová zařízení se více otvírají komunitě. Pokrok pak sledují i ostatní obyvatelé. Uživatelé nechodí ve velkých skupinách jako dřív, spíše individuálně nebo v malých skupinkách. Intaktní populace si zvyká potkávat se s lidmi s postižením a současně ubývá zkoumavých pohledů.</p>
<p>Subkategorie: Úzký vztah s klientem</p>	<p>Kontext</p>
<p>Určité napojení mezi klientem a zaměstnancem, odráží se v přátelském vztahu s klientem. Pracovník je pro klienta důvěrníkem. Vzhledem k tomu, že s ním individuálně plánuje, má obrovský přehled o klientovi, zprostředkovává mu to, jak bude klient žít.</p>	<p>Jak již bylo zmiňováno v jiné kategorii, existuje zde riziko překročení hranice profesionality.</p>
<p>Subkategorie: Vděk klientů</p>	<p>Kontext</p>
<p>Schopnost poděkovat pracovníkům, projev náklonnosti, i prostřednictvím fyzického kontaktu, jako je objetí, pohlázení. Klienti dávají najevo radost, když se např.</p>	<p>Vděk klientů úzce souvisí se zpětnou vazbou. Otázkou zůstává, jaký může být fyzický kontakt mezi klientem a zaměstnancem? Klient bývá zaskočený,</p>

zaměstnanec vrátí z dovolené. Jsou rádi, že ho vidí. Jedná se o pozitivní přijetí klientem.	když jeden zaměstnanec přijímá objetí, druhý se odvrací. Vhodnější by měl být stejný přístup všech zaměstnanců.
Subkategorie: Spokojenost klientů	Kontext
Vychází z pokroku klientů, něco se naučí, dokážou to zužitkovat. Učí se sebeobslužné činnosti. Jsou spokojeni z vlastních pokroků.	Spokojenost se odráží na celkové atmosféře. Klienti se stávají sebevědomějšími a zároveň narůstá míra jejich samostatnosti.
Subkategorie: Možnost rozhodování	Kontext
Pracovník popisuje určitou svobodu v zaměstnání. Může si sestavovat směny, jak potřebuje, s klienty plánuje zajímavé aktivity, tudíž jeho práce není stereotypní	Na práci zaměstnanců má velký vliv určitá svoboda rozhodování. Pro některé zaměstnance to může být spíše překážka. Někteří se lépe cítí za ochrannou zdí instituce, kde je vše jasně stanovené a v podstatě předem dané. Analýza Moravsko-Slezského kraje uvádí velké obavy pracovníků, kteří po desítkách let měli vystřídat DOZP za CHB. V CHB je každý den jiný, pracovník musí umět improvizovat, zkoordinovat/podporovat klienty, ale zároveň jimi nemanipulovat a nechat jim vlastní prostor. V CHB jsou jen dveře, žádné vrátnice a kamery.

11.3.1.3 Kategorie oblasti zlepšení

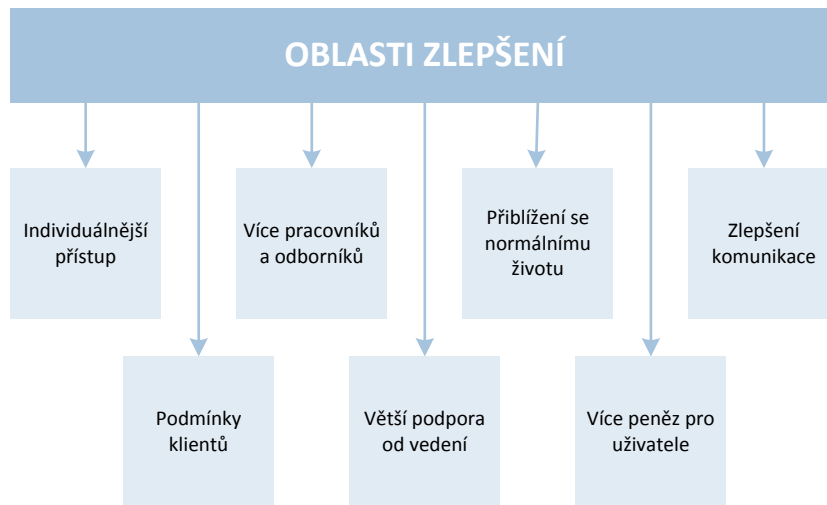


Schéma 3: Kategorie oblasti zlepšení

R1: My se o to optimum snažíme, získat co nejvíc lidí navíc mimo osobní asistenty, buďto dobrovolníky, praktikanty, protože potom se to dá, ...

R2: Finanční, personální zajištění služby, mně tady projde strašná spousta dobrejch asistentů, ale jenom díky tomu, že tady na takovej úvazek jakej tady mají, stráví půlku svýho času, půlku nocí z měsíce stráví mimo svou rodinu nebo domov a ještě jsou za to mizerně ohodnocení, ...

R3: Tak v současné době víc pracovníků, aby se mohly rozbít ty skupiny a mohlo se jim víc individuálně věnovat,.... Takže kvalitní pracovníky a víc takových pracovníků, jako odborníků.

R4: No, ruce nám tady chybí, tady se furt omílají ty ruce. ...No ideální by bylo jeden na jednoho, že? Když přimhouříme oči, tak jeden na dva, značka ideál.

R5: ...že by tu byl dobrý psycholog nebo psychiatr, na kterýho bysme se mohli obrátit, jako, v případě problému nějakého i mezi pracovníky i mezi uživateli i kombinovaně.

R7: Podmínky pro těžce mentálně postižené. ... Tam by muselo být míň uživatelů na jednoho pracovníka, aby stihl vlastně vůbec udělat všechno, co by měl udělat, ...abychom naplnili aj standardy..., protože je to dáno papírově, ale to prostě to nejde zvládnout...

R6: Přemýšlím, tak jakože celkově, kdyby se tady líp komunikovalo.

R7: Ideální by bylo pro pracovníka 4, max 5 našich uživatelů, ale to už je strop.

R9: ... trošku ta komunikace s téma příbuznými a s téma přátelama, ...

Tabulka 11: Kategorie oblasti zlepšení

KATEGORIE: OBLASTI ZLEPŠENÍ	
Subkategorie: Individuální přístup	Kontext
<p>Tato subkategorie je velmi úzce propojená s následujícím klastrem, jímž je nedostatek zaměstnanců. Pracovníci by chtěli ke klientům individuálnější přistupovat, mnohdy pro to však nejsou vytvořeny podmínky. Problémem bývá velikost skupin především v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Jak uvádí respondent R3: ...víc pracovníků...aby se mohly rozbít ty skupiny a mohlo se jim víc individuálně věnovat. Další respondent také poukazuje na nedostačující množství personálu, neboť se spousta věcí stíhat nedá a i kdyby pracovník sebevíc chtěl, reálně není schopen naplňovat Standardy kvality. R7: ...abychom naplnili aj standardy...</p>	<p>Snaha o individuální přístup v některých zařízeních se může jevit jako nereálný vzhledem k tomu, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsme se setkali s počtem 10-22 klientů na jednoho zaměstnance. Např. individuální plánování probíhá v některých zařízeních tak, že zaměstnanec plánuje s jedním klientem a ostatní mají svůj vlastní volný program, přesto, zaměstnanec zodpovídá za všechny uživatele. Situace v chb je poměrně odlišná, už jen tím, že na jednom bytě bydlí 3–8 uživatelů.</p>
Subkategorie: Více pracovníků a odborníků	Kontext
<p>Na nedostatek pracovníků si stěžují nejen pracovníci domovů, ale i chráněných bydlení. Někdy je velmi složité zvládat všechny každodenní povinnosti pracovníka a adekvátně se věnovat klientům, např. v nácvicích činnostech apod. R4: ...ruce nám tady chybí... R7: Ideální by bylo pro pracovníka 4, max 5 našich uživatelů R7:</p>	<p>Obecně lze konstatovat, že množství pracovníků v sociálních pobytových službách je značně podhodnocené/nedostačující. Argumentem bývá nedostatek financí. Například ve Velké Británii je běžným standardem jeden pracovník na jednoho klienta, v případě klientů s vyšší mírou podpory může</p>

<p>míň uživatelů na jednoho pracovníka R1: ...snažíme se získat co nejvíc lidí navíc mimo osobní asistenty, buďto dobrovolníky, praktikanty, Některá zařízení se snaží řešit situaci prostřednictvím dobrovolníků nebo praktikantů, kteří se mohou aspoň na pár hodin týdně plně individuálně věnovat jednomu klientovi. Další možnost zlepšení shledávají někteří zaměstnanci více kvalitních pracovníků, neboť s některými zaměstnanci je spolupráce velmi složitá, nezvládají svou práci, nedostatečně rozvíjejí klienta viz R3: ...kvalitní pracovníky...pracovníků, jako odborníků. Jiný respondent by uvítal, kdyby byl v rámci DOZP k dispozici psycholog nebo psychiatr, který by byl k dispozici při řešení problémů mezi klienty a zaměstnanci nebo mezi personálem. Pozn. Toto zařízení mělo supervize jen v některých odděleních, většina zaměstnanců doposud neměla supervizi. R5: že by tu byl dobrý psycholog nebo psychiatr</p>	<p>využívat dva i tři asistenty současně (viz http://www.tqttwentyone.org/). Za poslední roky je možné zaznamenat rozvoj dobrovolnictví, a to i v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které se zároveň stávají otevřenější a postupně mizí určitá bariéra mezi institucí a životem „venku“.</p>
<p>Subkategorie: Ohodnocení zaměstnanců</p>	<p>Kontext</p>
<p>Někteří respondenti zdůrazňují nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků, neboť platy v sociálních službách jsou na velmi nízké úrovni. Práce je však velmi psychicky náročná, někdy i fyzicky. Pracovníci sociálních služeb pracují o víkendech, mají noční směny,</p>	<p>Plat pracovníků v sociálních službách ani sociálních pracovníků zdaleka nedosahuje průměrné měsíční mzdy.</p> <p>Některá zařízení vybírají zaměstnance podle dosaženého vzdělání ve smyslu, že raději přijmou uchazeče s nižším</p>

<p>případně pohotovosti. S tímto faktem souvisí i fluktuace zaměstnanců, která je v některých zařízeních poměrně vysoká.</p> <p>R2: ... jsou za to mizerně ohodnocení...</p> <p>R9: ...každý měsíc se naštvu, když vidím výplatní pásku... Respondent také uvedl, že peněz je málo, ale na vesnici a v okolí je těžké najít lépe ohodnocené zaměstnání.</p>	<p>vzděláním, protože by neměli finance, aby mohli pokrýt jeho mzdu.</p>
<p>Subkategorie: Komunikace</p>	<p>Kontext</p>
<p>Komunikace by se dle jednoho respondenta mohla zlepšit mezi zdravotnickým personálem a sociálním úsekem R6: „kdyby se tady líp komunikovalo...“ Jiný respondent uvádí snahu o zlepšení komunikace mezi klienty a rodinnými příslušníky:</p> <p>R9: „... trošku ta komunikace s těma příbuznými a s těma přátelama,...“ Spousta rodin nemá o klienty zájem, případně se snaží o komunikaci ve chvílích, kdy přicházejí klientovi finance.</p>	<p>Významným faktorem dobrého pracovní atmosféry je komunikace. Když spolu zaměstnanci mají problém komunikovat, odráží se to na klientech a celkovém chodu zařízení.</p> <p>V některých zařízeních existují značné rozdíly v přístupech ke klientovi.</p>
<p>Subkategorie: Podmínky klientů</p>	<p>Kontext</p>
<p>Následující subkategorie upozorňuje na odlišnost přístupů ke klientům s vyšší a nižší mírou podpory. Dle respondenta jsou osoby s těžším postižením poněkud upozaděny, přestože dostávají vysoký příspěvek na péči. Energie se údajně věnuje více lidem s lehčím stupněm postižení,</p>	<p>Respondent upozorňuje na horší podmínky klientů s těžším stupněm postižení.</p> <p>Problémem transformace je ten, že se stěhují především ti „šikovnější“ klienti, ti, kteří to zvládnou, klienti s těžším postižením zůstávají v netransformovaných</p>

<p>neboť R7: „Oni jdou víc vidět...“, patrnější jsou i pokroky těchto klientů. Například v některých zařízeních klienti s těžším postižením nenavštěvují terapeutické dílny, ale veškeré aktivity probíhají na uzavřeném oddělení. R7: „Podmínky pro těžce mentálně postižené...“Nedostačující podmínky shledává respondent i ve vybavení oddělení, kde chybí např. dostatek sociálních zařízení-toalet, sprch apod.</p>	<p>velkokapacitních zařízeních.</p> <p>Přestože se podmínky bydlení zlepšují, stále vyvstává spousta nedostatků.</p>
--	--

11.3.1.4 Kategorie změny

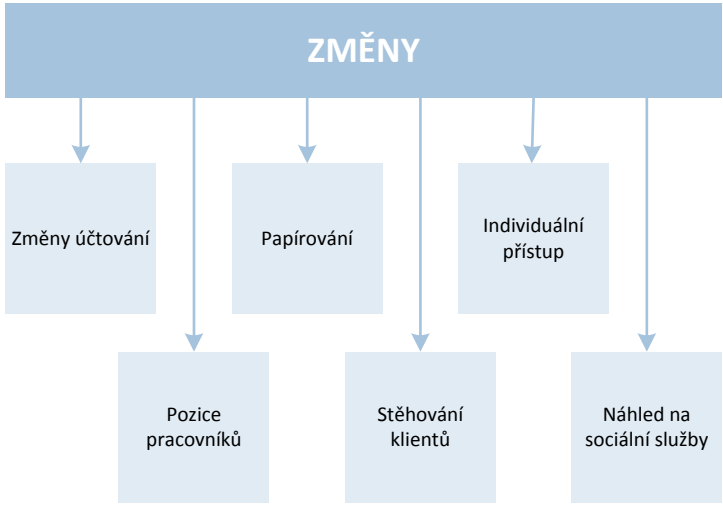


Schéma 4: Kategorie změny

R2: Tady zákonem přišel systém jiného účtování a to se na chodu tohohle bytu hodně projevilo, protože do té doby všichni platili nějaký paušál, ... „my tady platíme to stejný, já tady musím umývat nádobí a proč já ho umývám a on nemusí?“ ... pochopili, že čím víc těch aktivit zvládnou sami, tím míň budou platit jako na nějakých úkonech za poskytnutí, takže pak se hodně projevilo nárůst samostatnosti, ...

R3: ...že ve všech těch zařízeních, změnili, vlastně přeřadili vychovatele na PSP, pracovníky v sociálních službách. ... spousta vysokoškoláků toto cítí jako degradaci,

R3: ...že se třeba služby, které se dřív konávaly tady, takže si za nimi chodí do města, myslím tím třeba pedikuru, holič, protože dřív chodil holič sem, teď chodí k holiči.

R5: *Můžeme se konkrétně věnovat jednomu z těch uživatelů, každému zvlášť, ...můžeme jít s ním samým, máme víc možností se věnovat individuálně uživatelům. ... vidíte ty jejich potřeby i to, jak se chovají, víc je vnímám.*

R5: *Jsou spokojení, naučili se spoustu nových věcí, ... a jsou spokojení, že jsou venku, ...někteří se vrátili zpátky v té době tříměsíční zkušební doby, že jim to nevyhovovalo.*

R5: *Ted' mně začaly vadit ty papíry, ... uživatelé sedí a čekají, až vypíšu ty papíry. ...když nám navalili tolik papírů, tak uživatel je až ten poslední a měl by být ten první, a to není.*

R6: *...ale ten náhled na ty sociální služby se za ty 3 roky změnil, že jsme začali víc jako ty individuální plány, víc zapisovat a víc tak jako se začalo dělat víc s uživateli, Tak jako mně osobně některý papíry připadnou, jakože zbytečný, ale asi musí být jako.*

R12: *Klientce došel šampon, tak jsem jí řekla, že půjdeme koupit šampon. Ta odvětila, že nemůže jít do města, protože je postižená. To už dneska neexistuje.*

Tabulka 12: Kategorie změny

KATEGORIE: ZMĚNY	
Subkategorie: Individuální přístup	Kontext
<p>R5: „prostě jsme přišli na to, co koho by bavilo víc samotného a můžeme jít s ním samým.“ Jiný respondent uvádí: R6: „jsme začali víc jako ty individuální plány, víc zapisovat a víc tak jako se začalo dělat víc s uživateli“ Významným posunem je i to, že klienti se dostanou mimo zařízení jednotlivě, případně v menších skupinkách.</p> <p>R5: „když vedete tu menší skupinku těch kluků, tak vidíte ty jejich potřeby i to, jak se chovají, víc je vnímám.“ Dříve chodili společně ve skupině, většinou se drželi za ruce, ačkoliv to byli dospělí klienti.</p>	<p>Spousta respondentů uvedla, že individuální přístup je v současných službách patrnější, i když stále je zde problém nedostatku zaměstnanců, který zamezuje tomu, aby byly služby plně individualizované. Dříve byli klienti bráni jako skupina, společně vychovávali veškeré aktivity, pod jednou střechou, tak jak uvádí Vávrová (2009). Vlivem Standardů kvality se postoje institucí i pracovníků postupně mění.</p>

Subkategorie: Papírování	Kontext
<p>Klienti si také všímají, že pracovníkům přibylo více papírování, mají pro ně pochopení, aniž by si pracovník sám před klientem stěžoval</p> <p>R5: „když nám navalili tolik papírů, tak ten uživatel je až ten poslední, jo a měl by být ten první, a to není“</p> <p>R6: „víc máme papírování“</p> <p>R6: „mně osobně některý papíry připadnou, jakože zbytečný“</p>	<p>Stejně jako ve všech profesích/ povoláních, i v sociálních službách přibývá administrativních úkonů, které musí pracovníci každý den vykonávat. Většina inspekcí sledující kvalitu služeb se dle respondentů zaměřuje právě na zpracování dokumentace. Na samotné oddělení většinou nechodí, v některých případech mluví s jedním nebo se dvěma uživateli. Např. ve Velké Británii mají jednotlivé sociální služby inspekce každý rok, kdy se inspektoři ptají uživatelů, navštíví službu, papíry apod. hodnocení služby je veřejně dostupné na internetu. Klient si pak může velice jednoduše vybrat službu, která je kvalitní a která by mu vyhovovala.</p>
Subkategorie: Stěhování klientů	Kontext
<p>V některých zařízeních obsažených ve výzkumném souboru posledních několik let probíhá proces transformace. Zde se přestěhovala část klientů (většinou s menší mírou podpory) do chráněných bydlení, kterým ve většině případů předcházelo tréninkové bydlení. Jsou klienti, kteří se přestěhovali a udělali velký pokrok v oblasti sebeobsluhy a celkové samostatnosti</p> <p>R5: pochválí se, co se jim podařilo, a jsou spokojení, že jsou venku, ti co tam šli. Někteří klienti však změnu bydlení a prostředí nezvládli a vrátili se zpátky do</p>	<p>Z výpovědi respondenta R5 je patrné, že ne všichni klienti se dokážou osamostatnit a začít bydlet v jiném prostředí. Můžeme usuzovat, že se v tomto případě jedná o hospitalismus, který Mühlpachr popisuje jako neschopnost adaptace na přirozené prostředí. Klienti jsou v ústavní péči většinou „přepečovávání“ a je pro ně velmi těžké zvyknout si na běžný život. Jsou zvyklí, že jim někdo nakoupí a nachystá jídlo, umyje podlahu apod. a mají pak více času na vlastní aktivity nebo na odpočinek</p>

<p>institucionálního zařízení R5: „...nemůžu říct, že všichni jsou spokojení, někteří se vrátili zpátky“. Jeden respondent uvádí, že vzhledem k tomu, že se stěhují jen někteří klienti, dochází k určitým konfliktům, buďto jsou klienti smutní: R4: „Proč on jde a já ne?“</p>	
<p>Subkategorie: Pozice pracovníků</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent uvádí následující změnu za posledních 5 let, a to že R3: „...přehradili vychovatele na PSP, pracovníky v sociálních službách... spousta vysokoškoláků toto cítí jako degradaci“ Podle pracovníka je poměrně těžké vytvářet individuální plány apod. metodiky, techniky práce s klientem, kurz 200 hodin se mu zdá nedostačující, načež pak R3: „nenalézá styčný body, na kterých se můžou setkávat..“</p>	<p>Odliv kvalitních pracovníků se vzděláním, příliv pracovníků se základním vzděláním. Neznamená, že pracovník s nižším vzděláním nedosahuje takových kvalit jako vysokoškolák. Mnohdy je však flexibilita, schopnost řešit nenadálé situace značně omezena. Přiklání se ke stereotypu. Důležitá je i práce týmu, stejné postoje, kongruence.</p>
<p>Subkategorie: Změny účtování</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent uvádí, že změny přišly na základě změn účtování úkonů. Klienti dříve platili paušál, ale později platili za jednotlivé úkony, takže se více začali starat např. o údržbu domácnosti: R2: „čím víc těch aktivit zvládnou sami, tím méně budou platit jako na nějakých úkonech za poskytnutí, takže pak se hodně projevil nárůst samostatnosti...“</p>	<p>Dalším přínosem zákona je větší akcent na samostatnost klienta. Čeho jsou klienti schopni, to by si měli udělat sami. Pracovníci by je měli podporovat v rozvoji samostatnosti.</p>
<p>Subkategorie: Náhled na sociální služby</p>	<p>Kontext</p>

Změny se neodehrávají ze dne na den, zákon o sociálních službách se odráží v praxi poměrně znatelně R6: „...ale ten náhled na ty sociální služby se za ty 3 roky změnil.“ Ústavní zařízení a nejen ta se více otevřela integraci, služby nejsou tak často poskytovány v zařízení, ale klienti za fakultativními službami chodí do města. Obecně lze konstatovat, že klienti mají více možností a jsou motivováni k tomu, aby si co nejvíce věcí obstarali sami: R12: „Klienti jsou zvyklí chodit mezi lidi, sami si obstarávají věci, které potřebují.“ R3: „...třeba služby, které se dřív konávaly tady, takže si za nimi chodí do města, myslím tím třeba pedikúru...“

Klienti více chodí do města. Ani pro většinou společnost už to není takový „šok“, když potkávají osoby s mentálním postižením např. v obchodě. Aktuálním trendem je využívat co nejvíce služeb mimo zařízení, jen v případě nutnosti zajistit běžné služby v zařízení. Chodí do restaurace, jedí příborem, přibližují je okolnímu světu, jezdí na koupaliště a nikdo se už na ně nedívá jako na někoho odlišného.

11.3.1.5 Kategorie postoje pracovníka

Transformace

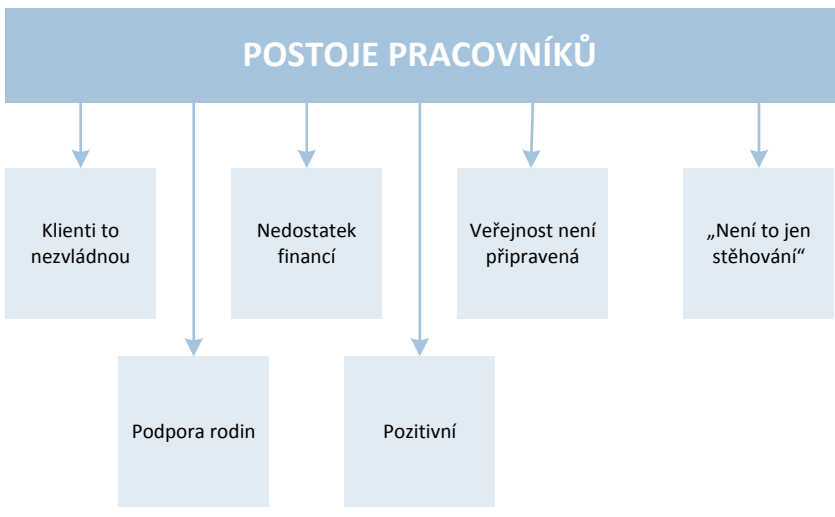


Schéma 5: Postoje pracovníka

R3: *A jak víme, tak ta plná integrace není možná bez toho, aby se oni začlenili právě nějakým tím zaměstnáváním, i sebemenším. No, není, nesplnilo by účel, kdyby měli být v tom městě, žili mezi lidma, ale vlastně byli vlastně izolovaní v tom bytě, musí se zapojit*

a právě ten vztyčný prvek toho zapojení je právě ta práce nebo činnosti v té komunitě těch lidí... “

R4: Tak za sebe, je to strašně komplikovanej proces jak pro nás, tak pro ně, ale výsledek by měl být dobrej, jasně, určitě. ... To je kámen úrazu. Že se nestěhujou všichni, stěhujou se jen vyvolení a to způsobuje tu rivalitu mezi něma-

R5: ...myslím, že by měly být podpořeny rodiny, ... aby je nedávali do tady těchto zařízení, aby finančně oni prostě se snažili jim pomoci a byli mezi svýma a ne opuštění úplně někde mimo.”

R5: že veřejnost není připravená, ...že vtáhnou ty děti sem... aby prostě naše uživatele přijaly, jo, aby oni se nesetkávali s tím, před čím jsou tady chráněni,

R5: Nejsou, já si právě myslím, že by se měli připravovat v těch rodinách, postupně, pomalu a ne jak takovým rychlým tempem, docela hodně rychlým chtěj, aby to fungovalo,

R7: Já beru transformaci jako hodně pozitivní, myslím si, že i pro naše uživatele...

R8: ...nejsou peníze, není, kdo by tam z těch klientů šel, možná by mohli jít tak 2 klienti, ale je to pán a slečna, takže by to musely být dva byty jo,

R9: Podle mě je to kravina. Moment, takhle, je klient a je klient, ...přemýšlím, že by to zvládli tak 2, 3, ale tam ta asistence by musela být až 24hodinová, možná se mýlím, ale nevím, jestli by to zvládli.

R9: ono se bojí i to prostředí okolo, ...oni se toho bojíjou, štítijou, „panebože, co když tady bude nějaký magor?“, já to říkám, tak jak to slyším a mají strach o majetek o děti ...

R9: ...nejsou na to prostory a finance....

Tabulka 13: Kategorie postoje pracovníka

KATEGORIE: POSTOJE PRACOVNÍKA	
Subkategorie: Klienti to nezvládnou	Kontext
Respondenti uvádějí, že schopnosti klientů v jejich zařízení nejsou na takové úrovni,	Stále existuje předsudek, že člověk s těžším postižením může žít jen v ústavním

<p>aby mohli bydlet např. v chráněném bydlení</p> <p>R8: „...není, kdo by tam z těch klientů šel...“ R9: „...podle mě je to kravina...my si myslíme, že to nezvládnou...“ Tento respondent se domnívá, že chráněné bydlení je spíše pro lidi s menší mírou podpory.</p>	<p>zařízení. Jaký je však rozdíl v tom, jestli se o tohoto člověka někdo stará v DOZP, nebo v CHB? Pokud by měl 24 hodinovou podporu asistenta, co by v chráněném bydlení nezvládl? Byl by blíž ke dveřím, mohl by utéct, protože CHB není vrátnice?</p>
<p>Subkategorie: Nedostatek financí</p>	<p>Kontext</p>
<p>Další překážkou jsou podle zaměstnanců finance. Určité plány směřující k samostatnější formě bydlení již byly v zařízení nastíněny, změnou vedení a vlivem nedostatku peněz byl proces pozastaven.</p> <p>R8: „... nejsou peníze...“</p> <p>R9: „nejsou na to prostory a finance“</p>	<p>Zkušenosti ze zahraničí naznačují opak. Přejícná doba transformace je finančně nákladnější (Zpráva Ad Hoc, 2009), pak ale dochází dokonce ke snižování výdajů, neboť klienti dostávají podporu, kterou potřebují, nejsou zbytečně „přepečováváni“. Kvalita života se pak zvyšuje.</p>
<p>Subkategorie: Veřejnost není připravená</p>	<p>Kontext</p>
<p>Dalším argumentem a postojem je, že R5: „... veřejnost není připravená...“ Respondent tlumočí postoj ředitele, který chce otevřít zařízení školám, aby se už i děti setkávaly s lidmi s postižením a nevytvářeli si zkreslené představy o těchto lidech. Jiný respondent uvádí, že se okolí dokonce bojí lidí s postižením R9: „ono se bojí i to prostředí okolo“.</p>	<p>Postoj intaktní populace k osobám s mentálním postižením je opatrný/nedůvěřivý. Příčinou může být to, že s nimi nemají osobní zkušenost. Nikdy s člověkem s mentálním postižením nemluvili. Předpokládají, že mají duševní onemocnění a jsou nebezpeční sobě i svému okolí, proto také bydlí v „ústavu“. Příkladem nevole obyvatel, kteří nechtěli v okolí takto nebezpečné jedince, je případ obce Zašová, viz Trass.cz. Osvěta je v tomto ohledu velmi důležitá a změnu možná může přinést setkávání.</p>

Subkategorie: „Není to jen stěhování“	Kontext
<p>Jiný respondent s transformací souhlasí, upozorňuje však na fakt, že se nejedná jen o přestěhování klienta, neboť R3: „tak ta plná integrace není možná bez toho, aby se oni začlenili právě nějakým tím zaměstnáváním...“ Pokud se klienti přestěhují a nebudou mít možnost činnosti v běžné komunitě, nebude proces komplexní.</p>	<p>Cílem transformace není jen postavit nový dům, kam se přestěhují klienti. Je to proces zapojení se do běžného života společnosti. V současnosti klienti např. CHB bydlí ve městě, využívají však služeb stacionářů, případně docházejí do DOZP, kde mají naplánované aktivity, stejně jako klienti DOZP, což neodpovídá ideálu využívání komunitních služeb. Pracovníci dále uvádějí, že je poměrně složité zprostředkovat uživatelům zaměstnání, natožpak zaměstnání na otevřeném trhu práce. Pracovníci směřují k zajišťování financí na zaměstnávání osob s postižením z projektů.</p>
Subkategorie: Podpora rodin	Kontext
<p>Podle respondenta je projekt transformace spíše zbytečný, respektive, ideální by bylo, kdyby proces nebyl potřeba. R5: „by měly být podpořeny rodiny...“ Stát by měl především podpořit rodiny, aby se jedinec vůbec nedostal do zařízení, neboť každá rodina, ať už jakákoliv, je lepší než zařízení.</p>	<p>Přestože došlo ke změně zákona a s ním spojená změna financování služeb, rodina, která se chce starat o postiženého člena má velmi těžké podmínky (viz kap. 2 uživatelé a zaměstnanci). Výdaje na klienta v sociálních službách činí zhruba 36 000,-Kč měsíčně (R10). Která rodina dostane tak vysoký měsíční příspěvek?</p>
Subkategorie: Pozitivní	Kontext
<p>R7: „Já beru transformaci jako hodně pozitivní“ Respondent uvádí, že vidí pokrok klientů, když jich má mnohem méně ve své skupině</p>	<p>Klienti by měli mít možnost žít v přirozeném prostředí, kde se mohou více rozvíjet.</p>

11.3.1.6 Kategorie klienti

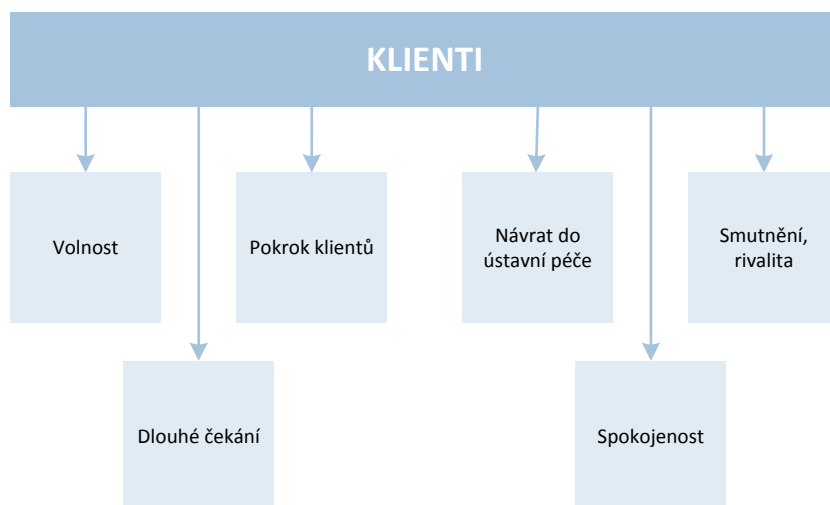


Schéma 6: Kategorie klienti

R4: ... chráněný bydlení jsme rozjeli dobře, že na to, že jsme nikdo nevěděli, do čeho jdeme, tak že klienti jsou spokojení. Jo, že ta rovnováha se tam udělala...

R4 To si myslím, že to jim nejvíc vadí na tom, ta doba té transformace. Kdyby to bylo za rok, ale ono už se to táhne 5 let, 7..

R4: No, sebevědomí hodně narostlo, až nezdravě. Dostali volnost a neumijou s ní zacházet.

R4: Jo, potřebují hodně, oni se za těch 5 let naučili, ale nejvíc se naučili až v tom chráněném bydlení, když opravdu skočili do toho rovnýma nohama.

R4: jsou tam ty pokroky, ale jsou malinký, ...co maj zažitý tady z dozp, tak strašně dlouho trvalo to odbourání a něco se vůbec nepodařilo odbourat, někteří pořád vstávají v šest hodin

R5: to je spíš to smutnění, proč ty jdeš, když já nemůžu? Já chci taky.

R5: Jsou spokojení, naučili se spoustu nových věcí, přijdou, pochválí se, co se jim podařilo, a jsou spokojení, že jsou venku, ti co tam šli.

R5: nemůžu říct, že všichni jsou spokojení, někteří se vrátili zpátky v té době tříměsíční zkušební doby, že jim to nevyhovovalo... zjistili, že to není prostě to, co si oni pod tím představovali.

R5: *Někteří jsou spokojení, ...jak se uvolní místo na podporovaným bydlení, tak koho bychom tam dali , ...není zájem a mají se otvírat další dva byty, jo,*

Tabulka 14: Kategorie klienti

KATEGORIE: KLIENTI	
Subkategorie: Volnost	Kontext
Klienti, kteří se přestěhovali z DOZP do bytů ve městě mají mnohem více volnosti (přestože někteří chodí ven v doprovodu asistenta).R5: „Dostali volnost a neumijou s ní zacházet...“ podle výpovědi respondenta se však někteří ještě nestihli plně adaptovat na novou situaci.	Klienti mají zpočátku problémy s volností, což je poměrně pochopitelné vzhledem k tomu, že většinu života strávili v nepřírodném prostředí. Je to věc, se kterou se musejí klienti vyrovnat, a zároveň existuje riziko, že se s tím nevyrovnejí vlivem pravděpodobného hospitalismu (Matoušek, 1999)
Subkategorie: Pokrok klientů	Kontext
Respondent uvádí velký pokrok klientů po přechodu do chráněného bydlení: CHB. R5: „Nejvíc se toho naučili přímo v chráněném bydlení“ Ti se v tréninkovém bydlení připravovali 5 let, což je podle respondenta zhruba nutná doba pro zácvik.	Největší pokrok zaznamenávají pracovníci až po samotném přestěhování do komunitní zástavby.
Subkategorie: Návrat do ústavní péče	Kontext
Některým klientům vyhovuje nová forma bydlení, jiní nezvládnou přechod, a jak uvádí respondent R5: „někteří se vrátili zpátky“ Velmi důležitým faktorem je poskytnutí tréninkového bydlení jako součást přechodu do běžné komunity	Klient je natolik zvyklý na život v DOZP, že je pro něj těžké se přesadit což je argument pro to, že je nutné, aby další klienti nebyli přijímáni do těchto služeb, Respondent uvedl, že je velmi těžké zbavit se návyků z DOZP, už to mají natolik zažité, že se těžko některé zvyky mění

	(např. ranní vstávání).
Subkategorie: Smutnění, rivalita	Kontext
<p>Dle respondenta mezi klienty vzniká určitá rivalita, neboť jeden jde na „lepší“ a druhý zůstává na domově.</p> <p>R5: „to je spíš to smutnění, proč ty jdeš, když já nemůžu? Já chci taky.“ Klienty taky mrzí, když se odstěhuje jejich kamarád, se kterým by chtěli být.</p>	<p>Někteří klienti velmi těžce nesou takové změny, stýská se jim apod. Na druhou stranu to některé klienty může motivovat k tomu, že chtějí jít za svým kamarádem a snaží se zdokonalit své schopnosti, aby se mohli také přestěhovat.</p>
Subkategorie: Dlouhé čekání	Kontext
<p>R5: „ale ono už se to táhne 5 let, 7.“ Klienti byli nervozní, už přestávali věřit, že by se to skutečně mohlo stát, ztráceli trpělivost</p>	<p>Jedná se o jedno z rizik transformace. V projektech dochází k posunování termínů, na stavbách vznikají komplikace, stavební povolení, pozemky, nákupy, nevole sousedů apod.</p>
Subkategorie: Spokojenost	Kontext
<p>Zvyšuje se sebevědomí klientů, něco dokázali, dokážou se o sebe víc postarat, berou život do svých rukou</p> <p>R5: „...klienti jsou spokojení, přijdou se pochválit.“</p>	<p>Většina klientů, kteří měli možnost změnit bydlení je spokojená s novým prostředím, novými podmínkami, novým životem.</p>

11.3.1.7 Kategorie překážky

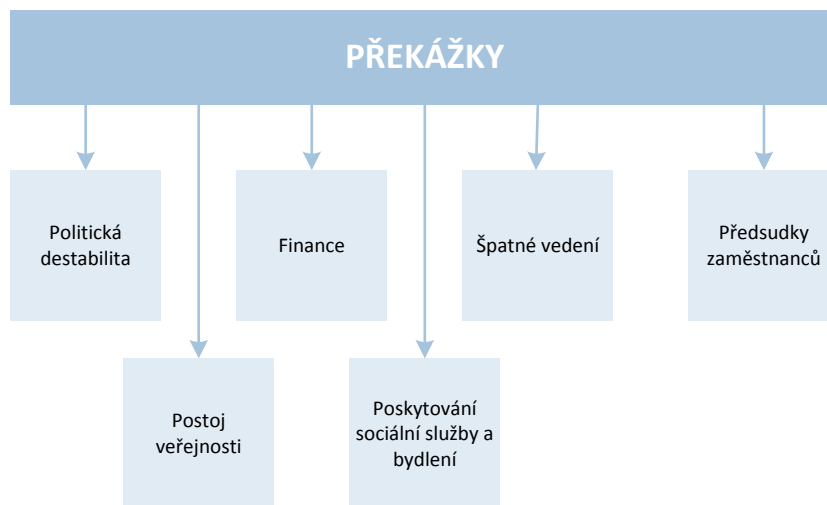


Schéma 7: Kategorie překážky

R2: ...jste jako kdyby vázaná ke dvěma věcem – potřebujete střechu nad hlavou a potřebujete nějakou podporu. ...Bud' přijdete o obojí, anebo jestli vám někdo nevyhovuje, tak v obojím zůstanete. Takže by bylo dobrý, ty věci asi rozdělit. Prostě máte volnost v tom, kde budete žít a pak samozřejmě volnost v tom, koho si vyberete jako by za asistenta.

R10: Já si myslím, že nejtěžší ze všeho je dělat public relations v lokalitách, kde budeme stavět. ... protože jestliže se někde staví v malém městě, kde nemají žádnou zkušenost s lidmi s mentálním postižením, tak vy je musíte nějak přiblížit a ten odpor vzniká v okamžiku, kdy se začne stavět. Nemůže vznikat v okamžiku, kdy je nastěhujeme, protože oni jsou tak milí, že nikomu neublíže.

R13: Hm, asi politická nestabilita, když se pořád někdo mění na ministerstvu, to není moc dobrý, pak je to asi nekonceptní zřizovatel. Tím mám na mysli nezařazení procesu transformace do komunitního plánu. Není se od čeho odrazit. No, a pak to je asi špatný ředitel, který nechce přijmout myšlenku transformace a chce zvelebovat stávající zařízení.

R10: Ten problém je necht' toho vedení transformovat. Ostatní problémy se dají řešit. Oni se většinou vymlouvají na to, že to bude drahé, že jo. Takže nějaká přechodná doba něco stojí, ale vlastně, je to všude v Anglii. Ještě vidím docela překážku v tom, že by se mělo oddělovat poskytování sociálních služeb od bydlení. To znamená od správy bytů domků, který my vlastně musíme dělat jako poskytovatel.

R10: Bohužel se nesmíme dívat na finanční stránku, ono když se to dobře naplánuje, my ještě nemáme analýzy, máme teprve první analýzy, my se ještě budeme stěhovat do pěti domečků.

Tabulka 15: Kategorie překážky

KATEGORIE: PŘEKÁŽKY	
Subkategorie: Politická nestabilita	Kontext
<p>Neustálé změny politických garnitur nepříznivě působí na proces transformace.</p> <p>R13: „...když se pořád někdo mění na ministerstvu...“ Politici</p> <p>Nekoncepční zřizovatel Je nutné, aby zřizovatel zařadil proces do komunitního plánování R13: „nezařazení procesu transformace do komunitního plánu.“</p>	<p>Politici mají strach plně vstoupit do procesu transformace, neboť přechodné období bude opravdu velmi drahé a je potřeba velmi dobře rozplánovat finanční stránku projektu.</p>
Subkategorie: Špatné vedení	Kontext
<p>Neblahý vliv na proces transformace má i ředitel zařízení, pokud nebude o procesu přesvědčený, služba se nikam neposune.</p> <p>R13: „špatný ředitel, který nechce přijmout myšlenku transformace“</p> <p>R10: nechť toho vedení transformovat“</p>	<p>Pokud vedení nebude iniciativní v procesu transformace, těžko se bude zvyšovat kvalita služby.</p>
Subkategorie: Finance	Kontext
<p>Sociální pobytové služby se potýkají s finančními problémy. Některá zařízení chtějí právě z projektu transformace z těchto důvodů vystoupit. Finance tvoří</p>	<p>Nejsilnější protiargument procesu přeměny patrný u politiků, ale i zaměstnanců služeb. Jak uvádí Zpráva Ad hoc (2009). Finance by neměly být protiargumentem procesu</p>

<p>jednu z největších překážek procesu.R10: „vymlouvají na to, že to bude drahé“.R10: „nesmíme se dívat na finanční stránku“</p>	<p>transformace. Nejdůležitějším argumentem by mělo být zvyšování kvality života.</p>
<p>Subkategorie: Předsudky zaměstnanců</p>	<p>Kontext</p>
<p>Spousta zaměstnanců DOZP si myslí, že jejich klienti potřebují vysokou míru podpory, kterou jim může poskytnout jedině domov. R8: „naši klienti by to nezvládli...“ Chráněná bydlení jsou jen pro ty šikovnější a pro jejich „horší“ klienty by rozhodně nic takového nebylo. Uživatelům se v zařízení líbí a není potřeba nic měnit.</p>	<p>Častý argument zaměstnanců, chtějí, aby na nich byli klienti závislí. Mají strach o svou práci, kdyby se přestěhovali, neměli by kde pracovat. Možná je v tom i jistá obava, že by samotní zaměstnanci nezvládli přechod, nedokázali by improvizovat, jsou na ně kladeny větší nároky než v institucionálním zařízení, kde jsou chráněni „zdi ústavu“</p>
<p>Subkategorie: Postoj veřejnosti</p>	<p>Kontext</p>
<p>V lokalitách, kam se mají stěhovat klienti často vzniká/roste odpor starousedlíků k „takovým“ sousedům. Jak uvádí jeden z respondentů R10: „nejtěžší ze všeho je dělat PR“ Respondent se také zmiňuje o tom, že má snahu zajistit pracovníka, který by zajišťoval PR, protože práce s veřejností vyžaduje odborníka.</p>	<p>Většinová společnost velmi těžko přijímá změny, není zvyklá se setkávat s lidmi s postižením a neví, jak k nim přistupovat. Velmi nutná je osvěta, navazovat vztahy mezi těmito dvěma skupinami, respektive setkávat se.</p>
<p>Subkategorie: Poskytování sociální služby a bydlení</p>	<p>Kontext</p>
<p>Velká nevýhoda sociálních pobytových služeb spočívá ve spojení těchto dvou oblastí R2: „potřebujete střechu nad hlavou a potřebujete nějakou podporu.“ Pracovníci uvádějí, R10: „...že by se mělo oddělovat</p>	<p>Příkladem dobré praxe jsou zkušenosti z Nového Zélandu (Quip, 2008), kde v průběhu transformace působí několik subjektů. Jeden zajišťuje bydlení, druhý se stará o PR, třetí zajišťuje asistenční službu, která připravuje klienty na přechod a čtvrtá</p>

poskytování sociálních služeb od bydlení“	zařít uje celý proces.
R2: „... by bylo dobrý, ty věci asi rozdělit...“ Neboť každá oblast je velmi specifická.	

11.3.1.8 Kategorie podmínky

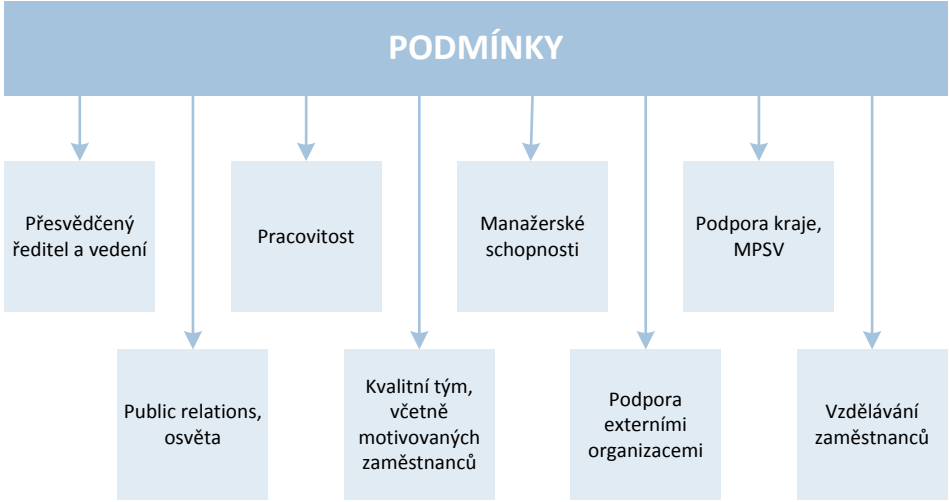


Schéma 8: Kategorie podmínky

R10: Projekt 2013-2015 Transformace sociálních pobytových služeb. To je na vzdělávání, to je dobrý na přípravu zaměstnanců.

R10: Pomáhalo ministerstvo, protože tak vznikla koncepce podpory, no a hodně lidí z ministerstva nám pomáhali s dobrovolníky.

R10: Já jsem původně chtěla stavět domky taky v areálu, ale ne pro všechny, myslela jsem si, že těch 20 lepších odejde a ten zbytek, no taky jsem potřebovala čas, abych jako na to přišla, že do toho půjdu se všemi a to mi ten Johann Pfeifer v tomhle pomohl.

R10: Pak já jsem byla v Anglii přes ministerstvo a pak nám pomohlo hodně...dneska se to jmenuje Lumos, to je organizace, ti nám pomáhají, nějaký Johan Pfeifer, ...takže ten mi třeba přednášel pro zaměstnance, jak to vypadá v Anglii.

R10: Víte, co je důležitý, aby ten ředitel chtěl vůbec tu změnu pro ty klienty, aby vůbec chtěl opustit to zařízení a podílet se na tom projektu, je to hodně práce a nebát se, aby si našel tým, který má stejný myšlení, který stejně nadchne a zmotivuje a ten tým zas musí

motivovat ty pracovníky, protože pouze zmotivovaní pracovníci můžou zmotivovat klienty, tak aby se těšili.... Změny většinou lidi nemají rádi.

R 13: No, prioritami úspěšného procesu je určitě přesvědčený ředitel, ale to by úplně nestačilo, je potřeba, aby i lidi kolem něj, jako jsou třeba vedoucí pracovníci, byli o správnosti toho procesu transformace přesvědčení. Když nemá dobrý tým lidí, tak to má těžký. Taky by měli mít dobrý manažerský schopnosti a hlavně, který jdou ruku v ruce s pracovitostí.... A taky záleží na samotných pracovnících služby, aby dokázali vnímat potřeby a schopnosti klientů... důležitý je taky zřizovatel služby, pokud není protransformační, tak to jde těžko, spíš nejde.

Tabulka 16: Kategorie podmínky

KATEGORIE: PODMÍNKY	
Subkategorie: Přesvědčený ředitel a vedení	Kontext
Ředitel a vedení, které má vůli a energii přistoupit ke změnám je základem procesu transformace R10: „...aby ten ředitel chtěl vůbec tu změnu pro ty klienty...“	Důležitý je přesvědčený ředitel, který má dobré manažerské schopnosti, dokáže nadchnout své zaměstnance a poskytne jim potřebnou podporu ve vzdělávání a rozvoji. Schopnost nadchnout zaměstnance a řídit proces transformace.
Subkategorie: Kvalitní tým, včetně motivovaných zaměstnanců	Kontext
R10: „... tým, který má stejný myšlení, který stejně nadchne a zmotivuje pracovníky...“ R10: „... tým zas musí motivovat ty pracovníky, protože pouze zmotivovaní pracovníci můžou zmotivovat klienty.“	Proces přeměny je týmový. Nestačí, když chce změnu vedení, je třeba mít motivované zaměstnance, kteří klienty podporují ve stěhování. Bohužel jsou i takoví pracovníci, kteří klienty odrazují se slovy: „kam byste chodili, co vám tady chybí, tady jste už zvyklí,...“ Spousta zaměstnanců se procesu obává více, než samotní klienti. Každá změna je těžká.

Subkategorie: Pracovitost	Kontext
<p>Vedoucí pracovníci se shodují, že je s procesem transformace spojené značné úsilí a vynaložení hodně sil. R10: „je to hodně práce“ Podle jde proces transformace ruku v ruce s pracovitostí R13: „jdou ruku v ruce s pracovitostí“.</p>	<p>Každá změna vyžaduje vynaložit více úsilí, než udržování určitého stavu. Lidé se obecně obávají změn. Pracovníkům přibude práce a s tím spojené činnosti, které doposud neznali. Pokrok a vývoj je však nevyhnutelný. Spoustu ředitelů odrazuje cesta do neznámého, jít do změny. Jít do finančního rizika</p>
Subkategorie: Manažerské schopnosti	Kontext
<p>Důležité je proces dobře naplánovat, mít schopné pracovníky, kteří se dokážou vypořádat s neočekávanými situacemi, flexibilně řešit problémy, pracovat efektivně, protože dobrý projekt zaručuje půl úspěchu. R13: „...měli mít dobrý manažerský schopnosti“</p>	<p>Důležitým faktorem je, aby proces nebyl hektický, ale systematický a každá nenadálá situace se dala řešit. V tomto kontextu se jedná se o řízení pracovníků, nejde jen o to postavit stavbu, ale i mít připravenou koncepci přípravy zaměstnanců a klientů. Nutné je rozřazovat proces na dílčí kroky, stanovit časový harmonogram apod.</p>
Subkategorie: Podpora kraje, MPSV	Kontext
<p>Respondent uvádí, že při procesu měli podporu MPSV R10: „Pomáhalo ministerstvo, protože tak vznikla koncepce podpory“ Na základě podpory vznikla následně koncepce, kritéria transformace a veškeré metodiky pro transformující se zařízení. Vedoucí zařízení byla přes ministerstvo na stáži v Anglii.</p> <p>Důležitá je i podpora zřizovatele, tedy kraje a nutnost zasadit proces transformace do</p>	<p>V rámci projektu Koncepce transformace MPSV podporovalo proces prostřednictvím zřízení Národní centrum podpory transformace, které se věnovalo zajišťování analýz a metodik. Vznikla tak platforma pro ostatní zařízení.</p>

komunitního plánu.	
Subkategorie: Public relations, osvěta	Kontext
R5: „... chceme zvát děti k nám...“ Dle respondenta by bylo vhodné zvát školy do zařízení, jiný respondent navrhuje dělat PR v lokalitách, kam se budou klienti stěhovat.	Důležité je, aby se intaktní společnost setkávala s osobami s mentálním postižením, čímž by se omezily jejich mnohdy nepodložené obavy.
Subkategorie: Podpora externími organizacemi	Kontext
Velkým přínosem byl dle respondenta odborník na transformaci R10: „Johann Pfeifer v tomhle pomohl...“ Vyhnuli se tak některým chybám, např. chtěli stavět domečky v zahradě zařízení, aby to bylo levnější, pak by ale transformace postrádala ten nejsilnější prvek, integraci.	Některé organizace dělají transformaci spíše podle sebe, je dobré, pokud má organizace možnost spolupracovat i s externími odborníky, nejlépe se zkušenostmi ze zahraničí. Lepší reflexe, přenos zkušeností, nemusí si dělat všechno sami, poradí a upozorní na věci, které by mohly překvapit. Samozřejmě jsou důležité i podmínky daného státu, které jsou specifické
Subkategorie: Vzdělávání zaměstnanců	Kontext
V počátečních stádiích přednášel odborník, aby namotivoval zaměstnance zařízení R10: „Pfeifer nám proškoloval zaměstnance...“ Dále v rámci tzv. měkké části transformace probíhá školení pracovníků, aby se pak mohl nastartovat proces přeměny. R10: „...to je dobrý na přípravu zaměstnanců...“ V současné době se neinvestuje do nových bytů a domů.	Zaměstnanci by měli být vzdělávání a proškolení, vhodné jsou i stáže v zařízení, kde již proces proběhl, respektive probíhá, aby byli motivováni tím, že je proces uskutečnitelný, nejedná se jen o utopii. Součástí by měly být i supervize, kde by se měli zaměstnanci zabývat vztahem ke klientovi, hledat optimální přístup k němu a podporovat ho v rozvoji.

11.4 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat

V rámci kvalitativní části šetření jsme se zaměřili na stanovené výzkumné otázky vztahů zaměstnanců k uživatelům a postoje k transformaci. Stěžejním cílem byla kategorizace a deskripce dat získaných prostřednictvím interview. Na tento vztah však může působit řada faktorů, ať už explicitně, nebo implicitně, tato část práce nabízí prostor pro analýzu těchto faktorů.

Na základě získaných kvalitativních dat se autorka pokusila odpovědět na výzkumné otázky:

S jakými vztahy zaměstnanců k uživatelům je možné se setkávat v sociálních pobytových službách, konkrétně domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení?

Vztah mezi uživatelem a zaměstnancem je velmi komplikovaný. Může v něm být obsažena určitá podpora a rovnováha, nebo také závislost, nesamostatnost, neboť pracovník je ten, kdo největší měrou ovlivňuje jeho spokojenost, jeho kvalitu života. Prostřednictvím interview a obsahové analýzy je možné identifikovat následující vztahy: rodinný, přátelský/kamarádský, partnerský, „jako děti“, profesionální, „já mám tu moc“, „ke všem stejně“, vztah důvěry. Pracovníci zařízení se často potýkají s otázkou profesionální hranice mezi jimi a klienty, s mírou těsnosti vztahu. Jestli je vhodné používat kontakt prostřednictvím doteku, či je možné klienta objímat. Toto dilema se často řeší i na supervizích (pokud pracovníci supervize mají), každý pracovník k této problematice přistupuje individuálně⁷². Jak uvádí Pörtner (2009), všichni pracovníci by měli mít kongruentní přístup ke klientům. Otázkou zůstává, kde se nachází hranice, která odděluje profesionální přístup např. od rodinného, kamarádského či partnerského? Jak uvedl jeden respondent, je to „neustálé bruslení, co ještě ano a co už ne“. Někteří pracovníci se shodli na tom, že by měly existovat určité mantinely patrné u všech zaměstnanců, aby klient nebyl zmatený z velmi odlišných přístupů pracovníků.

Jedním, do jisté míry sporným přístupem, je postoj „ke všem stejně“. Jak je patrné z výpovědí zaměstnanců, je těžké mít ke všem stejný vztah. Zároveň existuje snaha v sociálních službách o přístup individuální, který se s tímto neshoduje. Každý klient je

⁷²Někteří supervizoři doporučují do určité míry odlišný přístup ke klientům. Např. Pokud je pracovníkem muž, může být „přísnější“, pracovnice může mít „láskyplnější“ přístup, aby klienti mohli poznat různé role, určité archetypy, které jsou běžné v rodině.

jedinečný, má odlišné potřeby a zároveň jiné požadavky na pracovníka. Některý si raději povídá, jiný chce být spíše v ústraní. V případě klientů s těžším postižením je ještě mnohem důležitější individuální přístup, zvláště pak v případě kombinovaného postižení, kdy je mnohdy těžce narušena komunikace.

Nejspornějším postojem pracovníků k zaměstnancům je „já mám tu moc“, kdy je patrná závislost klienta pracovníkovi (může být vynucená). Ten mu spoluutváří jeho den, přímo ovlivňuje kvalitu života uživatele. Tento postoj bývá typický u organizace s jasně strukturovanou hierarchií, kde na vrcholu pyramidy stojí vedení, přičemž spodní pozice patří uživatelům, kteří jsou jasně vedeni, co mají dělat a je omezena jejich autonomie. Největším rizikem je vysoká pravděpodobnost následného výskytu šikany.

Rodinný přístup může evokovat snahu o substituci rodiny, o určité naplňování potřeb rodinných vazeb. V podstatě by bylo možné komparovat situaci mnohdy opuštěných klientů v zařízení a řádových sester, neboť náhradou rodiny jim mohou být právě uživatelé. V kontextu postoje klient „jako dítě“ může nastat riziko, že zaměstnanec bude mít tendenci se k nim i tak chovat. Může se jednat o direktivnější přístup ve snaze neustále je vychovávat či omezovat jejich autonomii.

Postoj či vztah, který je dle autorky jednoznačně nejdůležitější v rámci užších vazeb a měl by být patrný i ve všech výše uvedených postojích (těžko ho nalezneme ve vztahu „já mám tu moc“), je důvěra klienta v pracovníka. Tu by měli klienti cítit především ke svému klíčovému pracovníkovi. Pokud mezi nimi tento vztah není, těžko bude klient naplňovat své potřeby, osobní cíle a dále se rozvíjet

Jaké konkrétní faktory ovlivňují zaměstnance při práci s uživatelem?

Ve snaze odpovědět na tuto otázku byly identifikovány dvě protichůdné kategorie vlivů, a to motivace a nedostatky, respektive oblasti zlepšení.

Faktor motivace pozitivně ovlivňuje zaměstnance z několika důvodů. Zaměstnanec je motivovaný, když vidí u klientů pokrok. Ten může být zapříčiněný přímo přístupem a snahou pomáhajícího, ať už je součástí individuálního plánování či nikoliv. S pokrokem klientů je spojená i jejich spokojenost, klienti mají ze sebe radost, vycházejí dobře se zaměstnanci apod. Pracovníci uvádějí vděk klientů, což je další zpětná vazba pro pracovníka, že jeho práce má smysl, naplňuje ho, do práce se těší. Riziko syndromu

vyhoření se snižuje, vztahy se odrážejí v celkové atmosféře pobytové služby. Respondent uvedl úzký vztah s klientem. Práce pomáhajících se velkou měrou odlišuje od běžných povolání, vztah by měl být na prvním místě (ideálně ten profesionální). Motivací může být i možnost volby, spočívající v možnosti plánování směn, programu apod. Pracovník, který má možnost rozhodovat se sám za sebe, může si plánovat směny po dohodě s ostatními, tudíž je poměrně flexibilní, bývá také motivovaným pracovníkem.

Faktory, které pracovníkům nevyhovují a bylo by dobré na nich zapracovat, zlepšit, také ovlivňují práci zaměstnance. Zaměstnanci by uvítali individuálnější přístup. V sociálních pobytových službách je stále nedostatek zaměstnanců. V navštívených zařízeních zodpovídal jeden zaměstnanec za 10 až 22 klientů (jednalo se od DOZP). Otázkou zůstává, jak se může zaměstnanec individuálně věnovat takovému počtu klientů. Naplňovat Standardy kvality je v takovém případě utopie, zvláště když se jedná o uživatele s větší mírou podpory, kteří potřebují pomoc pracovníka v základních sebeobslužných činnostech. Někteří pracovníci poukazují na nedostatek odborníků v sociálních službách, kteří odcházejí z důvodu nedostatečného finančního ohodnocení. Týmový přístup s „neprofesionály“ je pak o to složitější, pokud dochází k opakovanému zaučování nových pracovníků, vlivem vysoké fluktuace apod. To může mít následně dopad na komunikaci mezi zaměstnanci a kvalitou vztahů personálu, které se dále odráží v práci s klienty. Jiní pracovníci poukazují na zlepšení podmínek osob s těžším stupněm postižení, neboť bývají značně opomíjeni i z důvodu nedostačujících komunikačních schopností. Klient si neřekne, co chce, co mu vadí. S tím souvisí i přiblížení se běžnému životu. Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou místem podléhajícím režimu, pravidlům instituce a podřizování se ostatním. I přes snahu o humanizaci jsou podmínky stále ještě velmi nepřirozené a umělé. Pracovníci by si dokázali představit více peněz pro uživatele, mnohdy po zaplacení např. léků a dalších nutných výdajů nemají kapesné a nemohou jít např. do kavárny, do kina, jet na výlet apod.

Co se dle pracovníků v přímé péči změnilo v pobytových sociálních službách za posledních zhruba 5 let?

Změny přišly se zákonem o sociálních službách, kdy podle respondenta došlo např. ke změnám v účtování. To údajně vedlo klienty k větší samostatnosti, neboť si spoustu úkonů např. v domácnosti začali dělat sami. Podle jiného respondenta se celkově změnil náhled na sociální služby, ať už je to např. nárůst úkonů spojených s administrativou. Zaměstnanci

nemají dostatek času na přímou práci s klientem, řeší, aby vše bylo „papírově“ správně. Na druhou stranu pracovníci uvádějí, že se přístup ke klientům více individualizoval a to i přes nárůst administrativních činností a např. individuální plánování. Pozice pracovníků, vychovatelé byla nahrazena pracovníky sociálních služeb (jedná se o domovy pro dospělé klienty).

Jaký je postoj pracovníků k transformaci sociálních pobytových služeb?

Z opovědí pracovníků vyplývá různorodá škála postojů od spíše negativních přes pragmatické až po pozitivní. Někteří respondenti pracující v DOZP jsou přesvědčeni o tom, že to klienti nezvládnou, respektive, že by to nezvládli jejich klienti, kteří potřebují větší míru podpory. Podle nich je transformace, respektive přestěhování do chráněných bydlení určena pro ty „šikovnější“ klienty. Jejich klienti jsou spokojeni v domově. Dalším postojem, nebo spíše argumentem je „nedostatek financí“, bylo by to drahé, nejsou na to prostory, peníze jsou potřeba i na jiné věci apod. Tyto názory mezi pracovníky přetrvávají, přestože zkušenosti ze zahraničí hovoří o opaku. Samozřejmě, pokud se budou srovnávat výdaje domovů pro osoby se zdravotním postižením s investičními etapami transformace (v době výstavby chráněných bydlení), tak budou rozdíly opravdu markantní. Vyšší výpovědní hodnotu budou mít analýzy, které budou srovnávat výdaje DOZP a CHB za běžného provozu. Dalším postojem je zřetel na společnost, která není připravená integrovat lidi s postižením mezi sebe. Pragmatický postoj zaujímá respondent, který upozorňuje na to, že transformace není jen otázkou stěhování, ale jedná se o proces začlenění, využívání komunitních služeb a integraci prostřednictvím zaměstnávání a aktivit ve společnosti. Postoj jiného respondenta byl takový, že by bylo vůbec úplně nejlepší, kdyby transformace nebyla potřeba. Za mnohem důležitější považuje podporu rodin, aby nemuselo docházet k tomu, že se člověk ocitne v institucionálním zařízení. Stát by měl přednostně investovat peníze do rodin s postiženým členem, aby se pak nemusel stěhovat (do ústavní péče, tréninkového bydlení, chráněného bydlení, podpory samostatného bydlení,...). Na opačném pólu je pak pozitivní postoj k transformaci, neboť respondent poukazuje na viditelné pokroky u klientů v případě, že se jim někdo věnuje individuálně a vidí tak potenciál v samostatném bydlení (popř. v malé skupině).

Co podle zaměstnanců sociálních pobytových služeb přináší proces transformace samotným klientům?

Přínos transformace pro klienty je podle respondentů, kteří mají osobní zkušenost s procesem nesporný. Klienti mají větší volnost, i když někteří mají problém s ní naložit. Patrné jsou pokroky, kterých klienti dosáhli po přestěhování se do nových bytů či domků. Pro srovnání, v domově pro osoby se zdravotním postižením měli klienti 24 hodin k dispozici pracovníka, se kterým mohli kdykoliv, cokoliv řešit. V jednom z chráněných bydlení mají podporu asistenta 4,5 hodiny denně. Klienti jsou samostatnější snad ve všech ohledech, což se odrazilo i na jejich sebevědomí. Nelze však konstatovat, že stěhování zvládnou všichni. Existuje zlomek klientů, kterým samostatnost nevyhovuje. Klient se vrátil zpět do domova ve zkušební lhůtě, neboť mu nevyhovovalo, že se musí o sebe mnohem víc postarat a nemá tak dost času na své aktivity. Důvodem k návratu mohl být hospitalismus, tedy neschopnost adaptace na běžné podmínky. Podle respondentů jsou někteří klienti zklamaní, že se např. stěhuje jejich kamarád a oni ne, případně může mezi klienty narůstat i určitá rivalita, resp. závist. Problém spočívá v tom, že se stěhují jen někteří klienti.

Komparace názorů, zkušeností a postojů k transformaci sociálních pobytových služeb, její překážky a vhodné podmínky pro transformaci:

Mezi identifikované překážky procesu transformace patří dle respondentů politická nestabilita, která často způsobuje změnu záměrů, jak uvedl jeden respondent, jakákoliv vláda se obává plné transformace, neboť z počátku bude proces finančně velmi nákladný. Dalším aspektem je častá změna politické garnitury z důvodu předčasných voleb. Jak již bylo uvedeno, proces je velmi finančně zatěžující, což je jeden z nejsilnějších argumentů, proč netransformovat zařízení. Zkušenosti ze zahraničí nasvědčují opak. Po přechodné době se náklady na služby buďto poníží, nebo budou stejné (viz zkušenosti z Velké Británie, Quip, 2011). V čem spatřují respondenti velkou nevýhodu, je sociální pobytová služba jako celek, poskytovatel zajišťuje jak služby sociální, tak i pobytové. Údajně by bylo efektivnější služby rozdělit/odloučit, což je v zahraničí běžné (viz Velká Británie, Nový Zéland, Švédsko). Jak již bylo uvedeno, zaměstnanci vnímají spíše negativní postoj veřejnosti k osobám s mentálním postižením v kontextu integrace, tak i vedoucí pracovníci uvádějí tento postoj jako významnou překážku. Posledním aspektem jsou předsudky zaměstnanců, kteří s transformací a priori nesouhlasí. Příčinou těchto postojů může být strach o práci, obava ze změny, nebo že by oni sami nezvládli přechod.

Naopak vhodné podmínky pro úspěšný proces vycházejí od přesvědčeného ředitele a vedení, který vybuduje kvalitní tým vedoucích pracovníků s dobrými manažerskými schopnostmi, kteří společně řídí proces. Takový tým pak dokáže motivovat zaměstnanec a ti pak motivují klienty. K tomu je důležité, aby byli všichni zaměstnanci dále vzdělávání a proškolení, účastnili se stáží a sebevzdělávali se. Vhodné je mít i podporu externích organizací, které mohou právě provádět proškolení zaměstnanců a přednášet např. i o zkušenostech ze zahraničí (např. organizace Lumos). Důležitá pro efektivní transformaci je i podpora kraje, tedy zřizovatele, v případě zařazení procesu transformace do komunitního plánu, nebo podpora MPSV. Významným prvkem je i vztah s veřejností, tedy public relations. Některé organizace usilují o zaměstnance, který by se věnoval jen této činnosti, se kterou je spojená celková osvěta, jež by měla, v ideálním případě začínat již na základních školách.

12 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Propojení kvalitativní i kvantitativní části výzkumného šetření poskytuje ucelený pohled na problematiku vztahu zaměstnance k uživateli v pobytových sociálních službách a faktory ovlivňující proces transformace. Pro účely kvantitativního šetření bylo zvoleno dotazníkové šetření určené pro klienty a zaměstnance sociálních služeb, a to domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení. Respondenti odpovídali na otázky vycházející z konstruktu spokojenosti, přičemž klienti hodnotili svou spokojenost a zaměstnanci hodnotili spokojenost klientů. Následně došlo ke spárování dotazníků. Získaná data byla vyhodnocena analýzou rozptylu, prostřednictvím níž jsme mohli verifikovat výzkumné hypotézy. Kromě míry spokojenosti klientů a pohledu na spokojenost klientů z perspektivy zaměstnanců nás zajímala i míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a pracovníků. Tuto závislost jsme vyhodnocovali pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace.

Ze statisticky zpracovaných výsledků analýzy rozptylu vyplývá, že klienti hodnotili svoji spokojenost lépe, než jejich klíčoví pracovníci. Pracovníci si myslí, že jsou klienti méně spokojeni, než uvedli samotní klienti. Autorka předpokládala větší shodu mezi odpověďmi, neboť zaměstnanec by měl klienta velmi dobře znát, vzhledem k tomu, že s ním denně pracuje a podporuje ho v individuálním plánování. Příčinou rozdílů v názorech na spokojenost může být fenomén „positivity bias“ (Smith 1979, in Hamplová, 2004), tedy trend odpovídat pozitivně, nebo také klientova nemožnost komparace s životem mimo instituci.

Významný rozdíl byl zjištěn i mezi názory na spokojenost mezi klienty DOZP a CHB. Z výzkumu vyplývá, že klienti CHB jsou spokojenější, než klienti DOZP, a to v následujících oblastech: denní program, strava, vztah s rodinou. Co se týká možností rozhodování, vykazují klienti CHB větší možnosti ve výběru spolubydlícího, klíčového pracovníka, výběru stravy, větší volnosti pohybu a určování programu dne. Vyšší míra spokojenosti je patrná i v souvislosti s prací. Příčinou je především rozdíl v tom, že většina klientů DOZP nemá placenou práci na rozdíl od klientů CHB.

Dalším bodem výzkumného šetření bylo zjišťování míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců DOZP nebo uživatelů a zaměstnanců CHB. Dle výsledků Spearmanova koeficientu pořadové korelace se oba výsledky nachází v intervalu střední,

tedy značné závislosti. Neexistuje tedy významný rozdíl v míře těsnosti odpovědí mezi uživateli a pracovníky CHB a DOZP.

V kvalitativním šetření byly zjišťovány vztahy zaměstnanců ke klientům na základě polostrukturovaného interview s respondenty, jimiž byli pracovníci pobytových služeb, včetně vedoucích pracovníků. Získané informace byly zpracovány obsahovou analýzou. Kategorie i subkategorie vznikly na základě výzkumných otázek. Prostřednictvím obsahové analýzy bylo možné identifikovat následující vztahy, jakými jsou např. partnerský vztah, který se společně s profesionálním jeví jako nejvhodnější pro pomáhající profese. Cílem těchto vztahů je co nejvíce rozvíjet klienta, nesnažit se v něm vypěstovat závislost na zaměstnancích, jak to může být patrné v jiných přístupech. Na rozhraní se nachází vztah kamarádský či přátelský, neboť v běžných vztazích není obvyklé, že by člověk s kamarádem individuálně plánoval nebo ho rozvíjel v oblasti sebeobsluhy. Podobná úskalí obnáší vztah rodinný a „jako děti“, který může svádět zaměstnance k tomu, že se ke klientovi bude chovat jako k dítěti, přestože je dospělý. Přetrvávajícím nevyhovujícím postojem některých pracovníků v institucích je „já mám tu moc“, který klienta nerozvíjí, ale především omezuje. Velmi významným hlediskem je důvěra klienta v pracovníka. Pokud mezi nimi tento vztah není, těžko bude klient naplňovat své potřeby, osobní cíle a dále se rozvíjet.

V komparaci s kvantitativním posuzováním oblasti vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem vyplývá, že zaměstnanec vnímá uživatele především jako svého klienta, někteří ho vnímají jako kamaráda, část respondentů CHB ho má skoro jako svou rodinu. Tyto odpovědi se poměrně shodují s postoji respondentů v kvalitativním šetření, kteří navíc rozšířili škálu vztahů o další dimenze (vztah partnerský, „já mám tu moc“, vztah důvěry). V názorech uživatelů převažuje pohled na klíčového pracovníka jako na svého vychovatele, asistenta nebo poradce. Menší část považuje pracovníka za svého kamaráda, vyskytuje se zde i určité procento klientů, kteří ho vnímají jako svou rodinu. Pozitivním zjištěním je, že nejméně odpovědi směřovalo k pracovníkovi jako k někomu nadřazenému. Zajímavé bylo sledovat vysokou míru podobnosti odpovědí klientů CHB i DOZP.

Součástí kvalitativního šetření bylo i zjišťování postojů pracovníků k transformaci. Z odpovědí pracovníků vyplývá různorodá škála postojů od spíše negativních přes pragmatické až po pozitivní. Někteří respondenti pracující v DOZP jsou přesvědčeni o tom, že to klienti nezvládnou. Podle nich je transformace jen pro ty „šikovnější“ klienty.

V komparaci s kvantitativním šetřením lze konstatovat, že 40 % zaměstnanců DOZP zaujímá spíše negativní postoj k transformaci, nemyslí si, že by bylo nutné stávající službu měnit. Na rozdíl od většiny pracovníků v CHB, kteří zastávají názor, že je možné službu ještě dále transformovat. Častým argumentem je také „nedostatek financí“. Pragmatický postoj vychází z názoru, že se jedná o proces začlenění, využívání komunitních služeb a integraci prostřednictvím zaměstnávání a aktivit ve společnosti. Podle jiného respondenta by byla optimální situace, kdy by transformace nebyla potřeba. Za mnohem důležitější totiž považuje podporu rodin, aby se jedinec do institucionální péče vůbec nedostal. Na opačném pólu je pak postoj pozitivní, vycházející z individualizace přístupu na podkladě myšlenek deinstitucionalizace.

Přínos transformace pro klienty je podle respondentů, kteří mají osobní zkušenost s procesem nesporný. Klienti mají větší volnost, jsou patrně pokroky. Celkově jsou klienti samostatnější, což se odrazilo i na jejich sebevědomí. Existuje však zlomek klientů, kteří se vrátili do ústavní péče. Domníváme se, že důvodem mohl být hospitalismus, tedy neschopnost adaptace na běžné podmínky.

Co se týká oblasti zefektivnění transformace, respektive nastavení vhodných podmínek pro proces, byly identifikovány následující determinanty. Jsou jimi přesvědčený ředitel a vedení s dobrými manažerskými schopnostmi, kteří dokážou motivovat zaměstnance, jenž následně probudí zájem v klientech. Vhodné je mít i podporu externích organizací, které mohou pomoci s řízením procesu a zároveň provádět proškolení zaměstnanců. Prioritou v procesu transformace by mělo být legislativní zakotvení s konkrétními strategiemi řešení a stanovení závazných období pro plnění milníků procesu. Důležitá je i subvence zřizovatele a zařazení procesu transformace do komunitního plánu. Významným prvkem je i vztah s veřejností a celková osvěta, jež by měla, v ideálním případě začínat již na základních školách.

12.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků kvantitativního a kvalitativního výzkumu vplynuly postřehy, z nichž je možné vyvodit určitý výčet doporučení, která mohou přispět pracovníkům v praxi. Doporučení jsou orientována směrem k zaměstnancům pobytových služeb. Druhou oblastí jsou doporučení vycházející z kontextu zefektivnění procesu transformace pro samotné instituce, respektive vedení pobytových služeb.

Doporučení pro praxi v kontextu vztahu zaměstnance k uživateli:

- Pracovníci v sociálních pobytových službách by se měli intenzivně vzdělávat především v oblastech, kterými jsou alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK), individuální plánování, na osobu zaměřený přístup, systemický přístup apod.
- Významným prvkem a součástí systému práce v institucích by měly být kvalitní supervize, které by měly směřovat k tématu vztahu ke klientovi, postavení pracovníka apod.
- Pracovník by se měl zaměřovat i na studium odborné literatury (např. Kopřiva, Pörtner, Matoušek, Schmidbauer, Jůn apod.) a vyhledávání aktuálních témat prostřednictvím elektronických zdrojů (např. www.kvalitavpraxi.cz), kde jsou zpracovány i zkušenosti ze zahraničí, které mohou pracovníka taktéž obohatit.
- Vhodné by bylo nejen navštěvovat jiné pobytové služby, ale absolvovat stáže v jiných zařízeních, ideálně v chráněných bydleních nebo podpoře samostatného bydlení.
- Pracovníci by měli rozvíjet AAK u všech klientů s těžším postižením, zvolením komunikační metody a plánu rozvoje u každého klienta.
- Velmi významným aspektem je velice těžký úkol, a to přenechání odpovědnosti klientovi do takové míry, jak jen to je možné (nechat dělat věci klienta, které zvládne, které se dokáže naučit, nesnažit se ho neustále chránit)
- Důležité je zaměřit se také na větší podporu klientů s těžším stupněm postižením, poskytovat jim více individuálního přístupu, neopomíjet je jen proto, že si neřeknou, co potřebují, protože nedokážou komunikovat.
- Podporovat klientovu samostatnost, autonomii, nemanipulovat klienty a nenechat se jimi manipulovat.
- Každý pracovník by si měl nastavit hranice, nezapomínat na profesionální přístup, brát klienta jako partnera a podporovat ho v jeho rozvoji.
- Podpořit klienty v založení skupiny sebeobhájců⁷³, ideálně dobrovolnickou organizací, umožnit jim setkávání nejen s lidmi ze zařízení.

⁷³Sebeobhájeci (self-advocacy) – skupina lidí s mentálním postižením, kteří se učí hájit svá práva, mluvit sami za sebe, nenechat za sebe rozhodovat ostatní.

- Neobávat se dobrovolníků v organizacích, pro klienty může mít velký přínos setkávat se s někým, kdo nepracuje v instituci. Dobrovolník může pomoci s naplňováním osobních cílů klientů a ulehčit tak práci zaměstnanců.

Doporučení v kontextu zefektivnění transformace:

- Na místo komplexní pobytové služby by bylo vhodné oddělit od sebe službu bydlení a sociální služby (viz zkušenosti ze zahraničí - Nový Zéland)
- Pro transformaci sociálních pobytových služeb je důležité legislativní zakotvení, inspirací může být švédský model, kde přestali do ústavů přijímat nové klienty a vytvářeli už jen nové služby.
- S legislativním zakotvením je spojen i jednotný politický směr, tedy nastavení procesu bez jeho následného rušení či omezování. Důležité je i zasazení procesu transformace do komunitních plánů.
- Pro úspěšný přesun uživatelů do komunitního bydlení je vhodné poskytnout klientům službu tréninkového bydlení, kde se naučí hospodařit ve vlastní domácnosti a spoustu dalších dovedností.
- Public relations v lokalitách, kam se mají klienti stěhovat, ale i osvěta u celé intaktní společnosti, která by měla začít již ve školách prostřednictvím workshopů, exkurzí apod.
- Hledat práci a aktivity pro klienty v běžném prostředí. Smyslem transformace není jen přestěhovat klienty, je potřeba jim zajistit i ostatní aktivity, ideálně pracovní uplatnění, možnost využívat komunitní služby apod. (viz www.neighborsnetworkfl.org)
- Investovat finance do procesu a vyhnout se tím stavění chráněných bydlení v zahradách zařízení (pochopitelné je stavění tréninkových bytů). Nejtěžší je přechodné období, po určité době se náklady srovnají nebo sníží.
- Zároveň je vhodné hledat ekonomická řešení, např. stavět nízkoenergetické stavby (solární panely na střeše, dřevostavby, pasivní domy apod.) Případně hledat byty v komunitní zástavbě – pronajímat byty, nutností transformace není nemovitosti vlastnit.
- Zaměřit se na fundraising, čili systematické získávání finančních prostředků pro činnost organizací. Vedlejším efektem je zároveň prezentace organizace.

- Pro podporu procesu je vhodné spolupracovat s externími organizacemi či pracovníky, které mohou organizacím zprostředkovat zkušenosti a ušetřit jim spoustu chyb.
- Důležité je také pracovat s předsudky zaměstnanců („naši klienti by to nezvládli“), diskutovat s nimi o deinstitucionalizaci a zároveň jim zprostředkovat vzdělávání, stáže, kurzy apod.

ZÁVĚR

Předkládaná disertační práce si kladla za cíl být určitým vzhledem do problematiky osob s mentálním postižením žijících v sociálních pobytových službách a především vztahu zaměstnance k uživateli v kontextu procesu transformace.

Klíčová témata, která byla v disertační práci za pomoci kvantitativních a kvalitativních výzkumných strategií zpracována jsou zejména: analýza vztahu zaměstnance k uživateli, zjišťování spokojenosti klientů a pohled na jejich spokojenost z perspektivy zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení. Jednou z oblastí, na kterou jsme se v rámci výzkumného šetření zaměřili, byla analýza a následná deskripce postojů k samotné transformaci pobytových sociálních služeb a případných návrhů a možností jejího dalšího zefektivnění.

Teoretická část práce vymezuje problematiku osob s mentální retardací a osob s mentálním postižením, definuje a dále rozvádí pojem uživatel a pracovník sociálních služeb. Kardinální část představuje kapitola zaměřená na problematiku procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních pobytových služeb v České republice včetně komparace zkoumané problematiky s vybranými státy, ve kterých byl proces transformace a deinstitucionalizace již realizován. Smyslem kapitoly tematicky zaměřené na kvalitu života (především pak na problematiku spokojenosti), bylo připravit teoretická východiska pro kvantitativní šetření.

Empirická část práce prezentuje výsledky analýz kvantitativního i kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém byla zjištěna a dále reflektována klíčová témata relevantní ke zkoumané problematice. Výsledky empirické části jsou sumarizovány v části zaměřené na doporučení pro praxi, které mohou výrazně obohatit a zefektivnit oblast pobytových sociálních služeb, ale i odbornou veřejnost a přispět tak k zefektivnění procesu transformace v České republice.

Dílčím cílem předkládané práce bylo rovněž upozornit na přetrvávající, mnohdy nepodložené, předsudky, intaktní společnosti vůči lidem s mentálním postižením. Autorka věří, že zjištěná data, a z nich plynoucí interpretace a doporučení pro praxi, budou představovat podnět k diskuzi či impuls pro další výzkumná šetření, kterých je v této problematice na vědecko-výzkumné úrovni stále nedostatek.

Použitá a prostudovaná literatura a prameny

AAIDD *Intellectual disability*[online]. 20011 [cit. 11 .3. 2011]. Dostupné z:
http://www.aaidd.org/content_96.cfm?navID=20

BAMBARA, L. M., WILSON, B. M., MCKENZIE, M. *Transition and Quality of Life in Handbook of Developmental Disabilities*. The Guilford Press, 2009. ISBN 978-1-60623-248-4.

BEADLE-BROWN and BEECHAM, J. *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 3: Country Reports*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007. ISBN 978-1-902671-51-2.

BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3070-6.

BEDNÁŘ, V. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.

Brathová J., Mach, P. *Registr rizik (nástroj pro řízení rizik)*. MPSV, 2011.
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/14038/rizika.pdf>

CARNABY, S. *Learning Disability Today*. Pavilion Publishing (Brighton) Ltd, 2011. ISBN 978-1-908066-58-9.

ČÁDA, F. *Moderní péče o slabomyslné a důležitost našich sjezdů: přednáška, kterou k zahájení II. českého sjezdu pro péči o slabomyslné a školství pomocné v Brně*. V Praze: F. Čáda, 1912, 13 s.

ČADILOVÁ, V. , JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. *Náklady na ústavní péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV, 2004, 69, viii s., 7, [4], 14 s. příl. ISBN 80-239-3581-x.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7066-822-9.

- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983, 222 s.
- DRAGOMIRECKÁ, E. et al. *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-47-6.
- EDELSBERGER, Ludvík. *Příspěvek k vývoji speciální pedagogiky*. Praha, 1974-1976, 96 s.
- FAIDD. 2012. *Research* [online]. 2010, [cit. 2012-01-25]. Dostupné z: <http://www.kehitysvammaliitto.fi/in-english/research/research-themes/two-perspectives-on-deinstitutionalisation-process/>
- FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8367-6.
- FRANIOK, P. *Psychopedie: speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. ISBN 80-7042-247-5.
- FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-150-1.
- GARDNER, A. *Personalisation in Social Work Transforming Social Work Practise*. Learning Matters Ltd, 2011. ISBN 978-1-84445-732-8.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-85931-79-6.
- GEIST, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 647 s. ISBN 80-85605-28-7.
- GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York. Garden City: Anchor Books, 1961.
- GRUNEWALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené* [online]. 2003, [cit. 2009-11-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>
- HAMPLOVÁ, D. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004, 43 s. ISBN 80-7330-063-x.

- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HNILICA, K., KROUPA, A., VAŠKOVÁ, R. *Subjektivní pocit zdraví a pracovní podmínky*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2002, 57, iv s.
- CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRÁSKOVÁ, M., KRUŠINSKÝ R., MICHALÍK, J. *Metodologické aspekty tvorby závěrečné práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 152 s. ISBN 978-80-244-3679-1.
- JEŘÁBKOVÁ, K. *Lidé se zdravotním postižením – historické aspekty*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 104 s. ISBN 978-80-244-3602-9.
- JOHNOVÁ, M. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením*[online]. 2008, [cit. 2010-01-22]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/individualni-plan.html>
- JOHNOVÁ, M. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?*[online]2005, [cit. 2010-01-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf>
- JOHNOVÁ, M. *Zkušenosti s transformací ústavní péče*[online]. 2008, [cit. 2010-01-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>
- JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: MPSV,2002. ISBN 80-86552-45-4.
- JOHNSON, K., TRAUSTADÓTTIR, R. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities In and Out of Institutions*. Jessica Kingsley Publishers,2005. ISBN 978-1-84310-101-7.
- KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 176 s,2007. ISBN 978-80-7179-620-6.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, 5. vyd. Praha: 2011, 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

- KOŘÍNKOVÁ, D. *Překážky transformace ústavní péče* [online]. 2008, [cit.19. 2. 2009]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf>
- KOZÁKOVÁ, Z., KREJČÍŘOVÁ, O. a MÜLLER, O. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 115 s. ISBN 978-80-244-3716-3.
- KREJČÍŘOVÁ, O. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Ostrava: MONTANEX, 2004. ISBN 80-7225-112-0.
- KREJČÍŘOVÁ, O., KOZÁKOVÁ, Z. a MÜLLER, O. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 95 s. ISBN 978-80-244-3715-6.
- KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., HUBLAR, J. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.
- KULKA, J. *Metody sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983, 186 s.
- LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: NRZP ČR, 2008. ISBN 80-903658-1-7.
- MICHALÍK, J., VALENTA, M. *Speciální pedagogika 7*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1215-2.
- MICHALÍK, J. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 141 s. ISBN 978-80-244-3533-6.
- MICHALÍK, J. *Legislativa handicapovaných*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 227 s. ISBN 978-80-244-3678-4.
- MICHALÍK, J. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 141 s. ISBN 978-80-244-3533-6.
- MICHALÍK, J. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008, 142 s. ISBN 978-80-903658-2-7.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MORGAN, D. L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 2001. ISBN 80-85834-77-4.
- MPSV. *Koncepce plánování podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007, [cit. 2009-01-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- MPSV. *Manuál transformace ústavů – deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
- MPSV. *Individuální projekt MPSV - Transformace sociálních služeb* [online]. 2007, [cit. 2009-01-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14597>

- MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 49 s., ISBN 80-210-2512-3.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1999, 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- PETIŠKOVÁ, M. *Poznámky psychiatrovy k otázce mentální retardace*[online]. 2007, [cit.10. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000279.pdf>
- PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- PROUTY, G., WERDE, V., D., PÖRTNER, M. *Preterapie: Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Praha: Portál, 2005. 197s,2005. ISBN 80-7178-949-6.
- REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K. a kol. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
- RÝZNAR, Ladislav. *Psychologie a organizační chování*. 1. vyd. Kunovice: Evropský polytechnický institut, 2009, 134 s. ISBN 978-80-7314-188-2.
- SEDLÁČEK, K. *Zachraňte slabomyslné!* Prostějov: Učitelská jednota okresu Prostějovského, 1907, 113 s.
- SEKERA, J. *Mikrořízení a interpersonální vztahy v organizacích ústavní výchovy*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2001, 201 s. ISBN 80-7042-187-8.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
- STRAUSS, A. CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠOLC, Miroslav. *Problémy péče ústavní*. Praha: Národní ústředí sociální a zdravotní péče, 147 s. 1951
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TAUFER, I., KOTYK J., JAVŮREK, M. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2014, 47 s. ISBN 978-80-7395-746-9.

TRASS. *Jak transformace pomáhá*[online]. 2012, [cit. 2012-05-30]. Dostupné z: http://trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=39983&app=NavBar&grp=AtonPortlets&mod=Menu&sta=NavBarMenu&pst=NavBarLightMenu&p1=OID_INT_2244&p2=RoundPanel_BOOLEAN_True&p3=ExpandAll_BOOLEAN_True&p4=ShowRoundPanel_BOOLEAN_True&acode=49579292

TRASS. *Manuál transformace ústavů*[online]. 2013, [cit. 2013-05-30]. Dostupné z: http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=80625&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_5936&p2=ShowDocInfo_BOOLEAN_True&p3=RoundPanel_BOOLEAN_True&acode=129967872

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.

VALENTA, M. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2009, 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6.

VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce*. V Tribunu EU vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2009, 210 s. ISBN 978-80-7399-877-6.

VRTIŠKOVÁ, M. *Teorie a metody sociální práce II*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2011, 189 s. ISBN 978-80-263-0017-5.

VYMAZALOVÁ, E., ZEMANOVÁ, E. *Tréninkové bydlení jako faktor transformace pobytových sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zahraničních zkušeností*. Olomouc: UPOL, 2010. ISBN 978-80-244-2664-8

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Univerzita Karlova, 205 s, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Použité právní předpisy:

Usnesení vlády České Republiky ze dne 21. února 2007 č. 127 o Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti
Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zpravodaj Národního centra podpory transformace sociálních služeb č. 7/červenec 2012

Seznam publikační činnosti autorky disertační práce

VYMAZALOVÁ, E. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc, UP v Olomouci, 2010, 42 s. ISBN 978-80-244-2624-2.

VYMAZALOVÁ, E., ZEMANOVÁ, E. *Tréninkové bydlení jako faktor transformace sociálních pobytových služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zahraničních zkušeností*. Olomouc, UP v Olomouci, 2010, 56 s. ISBN 978-80-244-2664-8

KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., TREZNEROVÁ, I. *Aranžér pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: UP v Olomouci, 2011, 144 s. ISBN 978-80-244-2850-5.

KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., HUBLAR, J. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.

VYMAZALOVÁ, E. Inkluzivní přístupy v pedagogice osob se zdravotním postižením. In *Aktuální otázky integrácie v špeciálnej pedagogike (Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej špeciálnopedagogickej konferencie)*. Bratislava: Sapiencia, 2011. ISBN 978-80-89229-06-3.

VYMAZALOVÁ, E., KŘÍŽKOVSKÁ, P., MAŠTALÍŘ, J. Reálné faktory inkluze v kontextu problematiky institucionalizace a deinstitucionalizace. In *Speciální a inkluzivní vzdělávání a role speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012 s. 278-302. ISBN 978-80-244-3364-6.

KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., TREZNEROVÁ, I., ŠIROKÝ, T. *Pomocné zednické práce*. Olomouc: UP v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3166-6.

VYMAZALOVÁ, E. Alternativní a augmentativní komunikace. In REGEC, V.; STEJSKALOVÁ, K. et al. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.

MÜLLER, O., VYMAZALOVÁ, E., KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciálněpedagogická andragogika –metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 109 s. ISBN 978-80-244-3689-0.

Anotace disertační práce

Jméno a příjmení: Eliška Černá

Název práce: Analýza vztahu zaměstnance a uživatele v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zefektivnění transformace

Název práce v angličtině: The Analysis of the Relationship between Employees and Clients in Institutional Care for People with Disabilities in the Context of Streamlining Transformation

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Speciální pedagogika

Počet stran: 199

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2014

Klíčová slova: uživatel, zaměstnanec, sociální pobytové služby, transformace, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení

Resumé: V oblasti pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením se setkáváme s více než aktuálním pojmem, jímž je transformace a současně deinstitucionalizace. Transformace sociálních pobytových služeb je dlouhodobý proces přeměny institucionálních zařízení s cílem integrace, popř. inkluze osob s postižením do společnosti prostřednictvím modelu komunitních služeb, který by měl vést k větší nezávislosti a celkově k vyšší kvalitě života uživatelů.

Prostřednictvím analýzy recipročního vztahu zaměstnance a uživatele v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních jsme zkoumali faktory ovlivňující zaměstnance a také míru působení těchto vlivů, jež se odrážejí nejen v samotné práci, ale především ve vztazích k uživatelům. Pro uvedenou problematiku jsme zvolili kombinaci výzkumných metod a to jak kvantitativní, tak kvalitativní. Metodu dotazníku jsme využili u uživatelů i zaměstnanců pobytových služeb, neboť jsme zkoumali míru těsnosti vztahů a celkovou spokojenost. Polostrukturované interview bylo zpracováno prostřednictvím kvalitativní metody obsahové analýzy. Podrobnou analýzou vlivů

působících na respondenty jsme došli k deskripci vztahů zaměstnance a uživatele. Z těchto závěrů jsme vycházeli při vytváření doporučení pro praxi v kontextu zefektivnění transformace.

Summary

The Analysis of the Relationship between Employees and Clients in Institutional Care for People with Disabilities in the Context of Streamlining Transformation

Institute of Special Education Studies.

Faculty of Education. Palacký University Olomouc.

Key words: client, employe, social care, transformation, residential houses, sheltered housing

In the area of residential social services for people with learning disabilities, we are dealing with not simply the existing practice but the long term future but also the area of transformation and deinstitutionalization. The project of the transformation of residential social services is a long process which involves a great deal of planning and communication within institutions, with the aim being the successful integration and inclusion of people with disabilities into society through implementing the model of community services, which should promote the independence and equality of the individual, which in turn should result in the improved quality of life of those individuals.

Through the analysis of the reciprocal relationship between employees and users in institutional care and sheltered housing, we examined the factors influencing employees and the degree of action of these impacts that are reflected not only in the work itself, but also in workplace relations, especially in relation to those people receiving support. The combination of research methods that have been utilised for this project are both quantitative and qualitative, due to the research issue being very specific. The format of a questionnaire was used to provide feedback from both the clients and staff of residential services. The questionnaire itself was focused on the degree of strength in relationships between those clients and their staff. In addition to this Semi-structured interviews were conducted through qualitative content analysis.

Through the feedback and results of investigation into the relationships between clients and staff members we were able to draw conclusion that provided opportunity for recommendations in the change in practice in relation to transformation from institutional care to that of community care.

Zusammenfassung

Überschrift: Analyse der Beziehung zwischen Angestellten und Benutzern in den Heimen für Personen mit Behinderung im Kontext der Transformationseffektivierung.

Schlagwörter: Benutzer, Angestellte, soziale Aufenthalt-dienstleistungen, Transformation, Heime für Personen mit Behinderung, betreutes Wohnen

Auf dem Gebiet den sozialen Aufenthalt-dienstleistungen für Personen mit geistlicher Behinderung treffen wir den sehr aktuellen Begriff: die Transformation und gleichzeitig die Deinstitutionalisierung. Die Transformation der soziale Aufenthalt-dienstleistungen ist ein langfristiger Umwandlungsprozess von den Institutionen und das Ziel ist die Integration, bzw. der Inklusion der Personen mit Behinderung in den Gesellschaft. Das passiert mit Hilfe des Community-Services Modells, das auch zu grössere Unabhängigkeit und höhere Lebensqualität der Benutzer führen sollte.

Wir haben mit Hilfe des Analyses von der reziprok Beziehung zwischen Angestellten und Benutzern in den Heimen für Personen mit Behinderung und in den betreuten Wohnen die Faktoren untersucht, die den Angestellten beeinflussen und auch das Mass von der Effekte Wirkung, die sich nicht nur in dieser Arbeit spiegeln, sondern auch in Beziehungen zu den Benutzern. Für beschriebene Problematik haben wir eine Kombination von quantitativen und qualitativen Forschung Methoden gewählt. Fragebogenmethode haben wir bei den Angestellten und auch bei den Benutzern in den Heimen benutzt, denn wir haben das Mass von der Enge des Verhältnisses und die Zufriedenheit allgemein untersucht.

Das halbstrukturierte Interview wurde mit Hilfe qualitative Content-Analyse Methode verarbeitet. Wir sind mit Hilfe des ausführlichen Wirkungsanalyse von den Beklagten zu Beziehungsdiskription zwischen Angestellten und Benutzern gekommen. Wir sind aus diesen Schlussfolgerungen herausgekommen, wenn wir Empfehlungen für Praxis im Kontext Effektivierung der Transformation darauf entwickelt haben.

Seznam zkratk

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disability
AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
AAMR	American Association on Mental Retardation
COA	Centre of Outcomes Analysis
DOZP	Domovy pro osoby se zdravotním postižením
ENIL	European Network on Independent Living
FAIDD	The Finnish Association on Intellectual and Developmental Disabilities
CHB	Chráněné bydlení
K	Klient
MKF	Mezinárodní klasifikace onemocnění, funkčních disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NC	Národní centrum
OP-LZZ	Operační program – Lidské zdroje a zaměstnanost
R	Respondent
TB	Tréninkové bydlení
TRASS	Národní centrum podpory transformace sociálních služeb
V	Výzkumník
Z	Zaměstnanec

Seznam tabulek, schémat a grafů

Tabulka 1: Dělení ústavní péče podle délky klientova znevýhodnění či postižení.....	51
Tabulka 2: Instituce versus domácnost (MPSV, 2013, s. 92)	72
Tabulka 3: Charakteristické znaky ústavní péče (Bednář, 2012).....	75
Tabulka 4: Navštívená nebo oslovená zařízení	106
Tabulka 5: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP (p<0,005).....	116
Tabulka 6: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců CHB	117
Tabulka 7: Hodnocení spokojenosti klientů DOZP a CHB (p<0,005)	119
Tabulka 8: Spokojenost uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení.....	120
Tabulka 9: Kategorie vztah	139
Tabulka 10: Kategorie motivace	144
Tabulka 11: Kategorie oblasti zlepšení	148
Tabulka 12: Kategorie změny	152
Tabulka 13: Kategorie postoje pracovníka	156
Tabulka 14: Kategorie klienti	160
Tabulka 15: Kategorie překážky	163
Tabulka 16: Kategorie podmínky	166
Schéma 1: Kategorie vztah.....	136
Schéma 2: Kategorie: motivace	143
Schéma 3: Kategorie oblasti zlepšení	147
Schéma 4: Kategorie změny.....	151
Schéma 5: Postoje pracovníka	155
Schéma 6: Kategorie klienti	159
Schéma 7: Kategorie překážky.....	162
Schéma 8: Kategorie podmínky	165
Obrázek 1: Organizační struktura domova pro osoby se zdravotním postižením	36
Obrázek 2: Příklad organizační struktury chráněného bydlení	36
Obrázek 3: Styly řízení (Sekera, 2001, s. 100)	39
Obrázek 4: Registr rizik procesu transformace a jejich úrovně (Brathová, Mach, 2011, s. 5)	84

Graf 1: Výzkumný soubor dle pohlaví.....	108
Graf 2: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP.....	115
Graf 3: Hodnocení spokojenosti dle klientů a zaměstnanců CHB.....	117
Graf 4: Hodnocení spokojenosti mezi skupinami uživatel DOZP a CHB.....	118
Graf 5: Hodnocení spokojenosti klientů zaměstnanci DOZP a CHB	120
Graf 6: Jak je uživatel spokojen s bydlením?.....	121
Graf 7: Kdo vybral právě tento domov?	122
Graf 8: Jak jsou klienti spokojeni, co se týká vztahu s rodinou?	123
Graf 9: Možnost výběru spolubydlícího	124
Graf 10: Spokojenost se spolubydlícím	125
Graf 11: Jak je klient spokojen s prací?	126
Graf 12: S kým by chtěli uživatelé bydlet?	128
Graf 13: Vztah zaměstnance k uživateli.....	129
Graf 14: Vztah uživatele ke klíčovému pracovníkovi.....	130
Graf 15: Je možné ještě transformovat stávající službu?	131

Seznam příloh

Příloha 1 Způsobilost pracovníků sociálních služeb

Příloha 2 Dopis do zařízení

Příloha 3 Dotazník pro uživatele

Příloha 4 Dotazník pro zaměstnance

Příloha 5 Tabula Analýza rozptylu – popis veličin

Příloha 6 Spearmanův koeficient

Příloha 7 Grafy

Příloha 8 Interview s pracovníky služeb

Příloha 9 Ostatní kategorie

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií



**ANALÝZA VZTAHU ZAMĚSTNANCE A UŽIVATELE V DOMOVECH PRO
OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
V KONTEXTU ZEFEKTIVNĚNÍ TRANSFORMACE**

Autoreferát disertační práce

ELIŠKA ČERNÁ

Olomouc 2014

Předkladatel: Mgr. Eliška Černá
Ústav speciálně pedagogických studií
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Doktorský studijní program: Speciální pedagogika

Školitelé: Doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Opononeti: Doc. Jan Michalík, Ph.D.
Ústav speciálněpedagogických studií
Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.,
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická Technické Univerzity
v Liberci

ÚVOD.....	5
RESUMÉ TEORETICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE.....	7
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
2 UŽIVATELÉ A ZAMĚSTNANCI V SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH	9
3 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	10
4 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB.....	11
5 KVALITA ŽIVOTA A SPOKOJENOST.....	12
RESUMÉ EMPIRICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE.....	13
6 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY.....	14
7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	14
8 ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	14
8.1 Hlavní a další cíle práce.....	14
8.2 Výzkumné otázky.....	15
8.3 Výzkumné hypotézy a předpoklady.....	16
9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	16
10 METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT.....	19
10.1 Dotazník.....	19
10.2 Interview.....	20
11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	21
11.1 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu.....	22
11.2 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat.....	30
11.3 Analýza výsledků kvalitativních dat.....	32
11.3.1 Kategorie.....	32
11.3.1.1 Kategorie vztah.....	33
11.4 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat.....	36
12 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	42

12.1 Doporučení pro praxi	45
ZÁVĚR	48
Použitá a prostudovaná literatura a prameny	49
Anotace disertační práce	53
Summary	54
Zusammenfassung.....	55

ÚVOD

Zaměříme-li se na oblast pobytových sociálních služeb, setkáme se s aktuálním pojmem, jímž je transformace. Koncepce transformace pobytových sociálních služeb je dlouhodobý proces přeměny domovů, který by měl vést ke zkvalitnění života osob, žijících v ústavních zařízeních. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV, 2007, s. 3) je *transformace cestou přirozeného vývoje, vycházejícího z požadavku odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů*.

Na základě usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou ČR pod č. 127 přijat materiál *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb (MPSV, 2007). V České republice byla transformace plánována na období let 2007 až 2013, na tuto etapu od června 2013 navazuje další projekt transformace, který by měl být ukončen v roce 2015. Prakticky jde však o mnohem dlouhodobější proces, který může trvat i desítky let (Johnová, 2008).

Jak již ukázaly zkušenosti ze zahraničí, ne všechny pokusy vedoucí ke změně byly úspěšné. Kupříkladu v 60. letech minulého století došlo ve Spojených státech k uzavírání ústavů. Tento pokus se však setkal s velkou kritikou, neboť neexistovala náhradní zařízení, která by poskytovala podporu lidem s postižením. Proces přeměny byl pro tyto kardinální nedostatky pozastaven (Grunewald, 2003).

Příklady úspěšné praxe můžeme sledovat v evropských severských státech, jako je například Švédsko, kde k rušení domovů přistoupili v roce 1985. Tomuto na první pohled drastickému kroku však předcházelo legislativní ustanovení. Z předchozího vyplývá, že proces transformace je velmi náročný a je třeba nastolit důkladnou koncepci, aby proces transformace nebyl jen cílem, ale prostředkem k naplnění cílů v podobě života osob se zdravotním postižením v přirozené komunitě.

V současné době se v souvislosti s transformací pobytových sociálních služeb hovoří především o změně systému, deinstitucionalizaci apod. Nezapomínejme však na osoby, které systém vytváří a podporují, a těmi jsou právě zaměstnanci domovů, a to jak vedení, tak pracovníci přímé péče.

Existuje spousta faktorů ovlivňujících pracovníky domovů. Z historického hlediska to může být 40 let totalitní éry, z čehož pochází hluboce zakořeněné přístupy, jež jsou někdy označovány jako segregační (Michalík, Valenta, 2006). Přestože toto období můžeme již skoro 25 let označovat za minulé, v praxi se nadále setkáváme s některými přežitky.

Za další aspekty působící na vztah uživatele a zaměstnance můžeme považovat sociokulturní podmínky, vztahy v pracovním kolektivu, vliv instituce apod. Výše uvedené vlivy vycházejí zatím jen z našich předpokladů. Jaké faktory však skutečně působí na vztah zaměstnance k uživateli, jehož by měl podporovat v procesu transformace?

Těmto otázkám se věnuje tato disertační práce, jejímž cílem je analýza vztahů mezi uživateli a zaměstnanci, ale i působení instituce, jež řídí činnost pracovníků přímé péče. Absenci výzkumů v této oblasti shledává nejen autorka, ale i odborníci z jiných oborů, jako je například psychiatrie. Toto tvrzení lze podpořit následujícím konstatováním: *Stálo by za to zabývat se více tím, jak je nazírán člověk ve stavu fungování běžně zvaném mentální retardace pracovníky našich ústavů a zda si svůj model nazírání vůbec mají potřebu definovat* (Petišková, 2007, s.8).

Disertační práce sestává ze dvou částí: teoretické a empirické. V teoretické části práce se autorka zaměřuje na vymezení pojmů „mentální postižení“ a „mentální retardace“, tedy diagnózy uživatelů sociálních pobytových služeb, kteří jsou předmětem zájmu empirického šetření. Součástí teoretické platformy bylo popsat systém institucí určených osobám s mentálním postižením, včetně jejich legislativního zakotvení, ale i aktuálně probíhající proces změn, související s procesem transformace sociálních pobytových služeb a deinstitucionalizace v ČR a zahraničí. Závěrečnou kapitolu teoretické části tvoří kvalita života a především spokojenost.

Součástí empirické části práce je charakteristika výzkumu, neboť byla vybrána kombinace výzkumných metod. Kvantitativní šetření vychází ze zjišťování spokojenosti uživatelů dlouhodobě žijících v pobytových zařízeních. Pohled na spokojenost klientů s bydlením je zjišťován i z perspektivy pracovníků, neboť lze předpokládat, že se proces transformace může odrážet na spokojenosti klientů. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na vztahy mezi klienty a zaměstnanci, a zároveň na faktory, které na ně působí.

RESUMÉ TEORETICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE

V teoretické části disertační práce jsou rozpracována ústřední témata: mentální postižení a mentální retardace, uživatelé a zaměstnanci sociálních pobytových služeb, historie ústavní péče, pobytové sociální služby. V kontextu kvalitativní a kvantitativní části výzkumu je vymezena problematika procesu transformace a deinstitucionalizace, kvality života a spokojenosti.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

- 1.1 Mentální postižení a mentální retardace
- 1.2 Modely mentální retardace
 - 1.2.1 Limitační model – medicínský model mentální retardace
 - 1.2.2 Model ústavní péče
 - 1.2.3 Popisný model
 - 1.2.4 Ekologický model mentální retardace
- 1.3 Výskyt osob s mentální retardací v populaci
- 1.4 Etiologie mentálního postižení
- 1.5 Symptomatologie mentálního postižení
- 1.6 Tradiční klasifikace mentální retardace
 - 1.6.1 Lehká mentální retardace, IQ 69–50 (F70)
 - 1.6.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 50–35 (F71)
 - 1.6.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)
 - 1.6.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)
 - 1.6.5 Jiná a nespecifikovaná mentální retardace (F78, F79)
 - 1.6.6 Alternativní klasifikace mentální retardace

V první kapitole byly vymezeny termíny mentální retardace a mentální postižení, které se pojí k jedné z našich cílových skupin respondentů – uživatelů pobytových sociálních služeb. Cílem bylo definovat základní pojmy, vztahující se k dané problematice, seznámit s odbornou terminologií, která bývá mnohdy nejednotná a popsat některé modely vztahující se k oblasti mentální retardace. Další podkapitoly se zabývaly etiologií a symptomatologií mentálního postižení nebo četností výskytu v populaci. V závěru kapitoly byla uvedena základní klasifikace a deskripce konkrétních stupňů mentálního postižení.

2 UŽIVATELÉ A ZAMĚSTNANCI V SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 2.1 Uživatelé a klienti sociálních služeb
- 2.2 Zaměstnanci sociálních pobytových služeb
- 2.3 Vztahy uživatelů a zaměstnanců z pohledu odborné literatury
 - 2.3.1 Moc ovlivňuje pomáhání
 - 2.3.2 Hranice a profesionalita
- 2.4 Institucionální zařízení
 - 2.4.1 Charakteristika a funkce ústavní péče
 - 2.4.2 Rizika a problémy ústavní péče

Druhá kapitola se zaměřila na obě cílové skupiny disertační práce, a to na uživatele (popř. klienty) a zaměstnance sociálních pobytových služeb, kdy nastínila terminologický a legislativní rámec těchto pozic v komparaci se zahraničním pojetím používaných termínů. Krátce se také zabývá organizační strukturou jednotlivých institucí a styly řízení zaměstnanců, potažmo přístupu ke klientům.

Vztahy uživatelů a zaměstnanců jsou dále popsány prostřednictvím odborné literatury, která se však tomuto tématu věnuje jen velmi okrajově. Tato část je velmi významná v kontextu s kvalitativním šetřením, neboť přináší pohled na vztahy mezi pomáhajícím a uživatelem, které pak bylo možné komparovat s analyzovanými kvalitativními daty a dát je do vzájemného kontextu.

Poslední podkapitola patřila deskripci institucionálních zařízení z hlediska jejich společných funkcí, rysů, ale také z případně vyplývajících rizik velkokapacitních služeb. I tato část se odráží v kontextu subkategorií a jejich posuzování.

3 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 3.1 Počátky institucionalizované péče pro osoby s mentálním postižením od 19. století
- 3.2 Vývoj pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením od 2. poloviny 20. století
- 3.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- 3.4 Chráněné bydlení
- 3.5 Podpora samostatného bydlení

V rámci alespoň částečného pochopení problematiky ústavní péče a především změn, které přicházejí s transformací, byl krátce popsán vývoj institucionálních zařízení v Českých zemích od konce 19. století s důrazem na současný stav a legislativu v oblasti bydlení uživatelů sociálních pobytových služeb.

Člověk s mentálním postižením může bydlet s vlastní, případně náhradní rodinou, většinou pak využívá služeb osobní asistence, pečovatelské služby nebo služby odlehčovací. V kontextu výzkumné práce jsme se však zaměřili na pobytové služby, a to domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení. V závěru kapitoly byla uvedena služba podpora samostatného bydlení, tedy terénní služba, která je však podle procesu transformace velmi významná.

4 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 4.1 Důvody transformace sociálních pobytových služeb
- 4.2 Transformace sociálních pobytových služeb
- 4.3 Deinstitutionalizace
- 4.4 Možné překážky a rizika transformace a deinstitutionalizace
- 4.5 Procesy přeměny v zahraničí
 - 4.5.1 Deinstitutionalizace v U.S.A.
 - 4.5.2 Deinstitutionalizace ve Velké Británii
 - 4.5.3 Deinstitutionalizace ve Švédsku
 - 4.5.4 Deinstitutionalizace ve Finsku

V následující kapitole jsme se zaměřili na důvody, které byly stimulem pro změny v sociálních pobytových službách, ratifikaci Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, ale i na proces transformace v České republice a zkušenosti s deinstitutionalizací v zahraničí.

V kontextu empirické části práce je významná subkapitola 4.4 Překážky a rizika transformace a deinstitutionalizace. Tato část popisuje rizika procesu transformace v rámci mezinárodního kontextu (Zpráva Ad Hoc, 2009), ale i reflexi vycházející z analýzy Ministerstva práce a sociálních věcí v podobě registru rizik transformace, která byla zjištěna na základě zkušeností pilotních zařízení.

5 KVALITA ŽIVOTA A SPOKOJENOST

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 5.1 Vymezení kvality života
- 5.2 Indikátory hodnocení kvality života
- 5.3 Spokojenost
- 5.4 Měřitelnost spokojenosti
- 5.5 Dotazníky spokojenosti uživatelů v sociálních pobytových službách

Poslední kapitola teoretické části práce se zabývala kvalitou života a byla zaměřena na významnou komponentu, kterou je spokojenost. Důvodem deskripce tohoto fenoménu bylo zaměření výzkumné části práce na spokojenost uživatelů v sociálních pobytových službách úzce související s procesem transformace služeb. V českých podmínkách se autoři věnují samotné spokojenosti, životní spokojenosti či osobní pohodě velmi okrajově, ve výzkumech i odborných publikacích nadále převládá zaměření na kvalitu života jako na větší celek. Cílem kapitoly bylo popsat a vymezit spokojenost a naznačit obecné možnosti jejího měření a s ním související dilemata.

Sporné otázky s výzkumem životní spokojenosti, subjektivního blaha a štěstí se neomezují jen na to, že existuje poměrně malá kongruence toho, co tyto pojmy znamenají, ale empirická sociologie si klade kardinální otázku, zda a jak je možné spokojenost či štěstí měřit (Hamplová, 2004).

Někteří autoři se přiklánějí k měření životní spokojenosti a štěstí prostřednictvím několika málo otázek nebo jen jedné otázky, na níž respondenti mají sami o sobě říci, zda a jak jsou spokojeni či šťastní (Bjornskov 2003 in Hamplová, 2004). Tato metoda se může jevit značně diskutabilní, neboť by mohla být velkou měrou ovlivněna nestálostí pocitů, nálad a kulturní podmíněností respondentů. Používání více otázek a škál je výhodnější a zároveň spolehlivější, než použití jednoduché otázky, proto i autorka vytvořila konstrukt spokojenosti, sestávající z kombinace otázek škálových a doplňujících viz kapitola 10.2 Dotazník.

RESUMÉ EMPIRICKÉ ČÁSTI DISERTAČNÍ PRÁCE

Praktická část disertační práce se zaměřila na analýzu vztahu uživatele a zaměstnance v sociálních pobytových službách v kontextu zefektivnění procesu transformace. Součástí výzkumu byla kromě analýzy vztahů i komparace spokojenosti uživatele a pohled na spokojenost klienta z perspektivy zaměstnance, a to v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních. Cílem bylo zjistit spokojenost klientů zařízení a zároveň pohled zaměstnanců na spokojenost uživatelů, neboť z tohoto výzkumu je možné do jisté míry dedukovat těsnost vztahu mezi těmito dvěma skupinami respondentů. Dále byla v rámci výzkumu zjišťována spokojenost mezi klienty CHB a DOZP. K tomuto šetření vedl předpoklad, že pracovníci jsou v podstatě průvodci životem osob s mentálním postižením, jsou těmi, kdo klienta nejvíce znají, mnohdy více než jeho vlastní rodina, pokud ovšem nějakou má.

Absenci výzkumů v této oblasti shledala nejen autorka, ale i zahraniční asociace zabývající se deinstitucionalizací, např. FAIDD (2011). Johnová (2008) dále poukazuje na skutečnost, že jsou při šetřeních málokdy dotazováni samotní uživatelé s mentálním postižením.

Dalším významným aspektem pro výzkumný záměr byl právě probíhající proces přeměny, transformace sociálních pobytových služeb, která bude aktuálním tématem ještě několik následujících let, respektive desetiletích.

Pro zjišťování spokojenosti klientů byl na základě předvýzkumu sestaven konstrukt spokojenosti. Byly vytvořeny markery spokojenosti (přehled je uveden v kapitole 10.2 Dotazník), zjišťující nejen míru spokojenosti v dané oblasti, ale i markery reflektující možnosti rozhodování klientů, možnost volby.

Stěžejním cílem bylo získat poznatky a informace o těchto vztazích v sociálních pobytových službách, vzhledem k významnosti vlivu na realizaci transformace sociálních pobytových služeb.

6 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Vzhledem k tomu, že zkoumaná problematika je velmi specifická, byla zvolena kombinace výzkumných metod, a to jak kvantitativní, tak kvalitativní. Kvantitativní metody byly využity ke zjišťování spokojenosti uživatelů dle vlastního vytvořeného konstruktů spokojenosti a zároveň ke zjištění míry těsnosti vztahů mezi odpověďmi cílových skupin uživatelů a zaměstnanců. Přesto by v kontextu vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem nebylo možné dosáhnout validních a reliabilních informací bez kvalitativního šetření, neboť, jak uvádí Giorgi (1994), ať už kvalitativní, tak i kvantitativní výzkum je zatížen určitou mírou zkreslení, proto bylo přistoupeno k tzv. triangulaci metod prostřednictvím kombinace obou typů výzkumných technik.

Ke komplexní analýze vztahů bylo tedy použito kvalitativního výzkumu, a to formou rozhovoru, přičemž byla vybrána jeho nejrozšířenější podoba, tedy polostrukturované interview.

8 ZÁMĚR, CÍL PRÁCE, STANOVENÍ VĚCNÝCH HYPOTÉZ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 8.1 Hlavní a dílčí cíle práce
- 8.2 Výzkumné otázky
- 8.3 Výzkumné hypotézy a předpoklady

8.1 Hlavní a dílší cíle práce

Hlavním cílem práce byl analýza vztahů mezi uživateli a zaměstnanci v pobytových službách a posouzení míry spokojenosti uživatelů pobytových zařízení v kontextu zefektivnění transformace. Úkolem kvantitativního šetření bylo posoudit spokojenost klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení dle předem navrženého konstruktů spokojenosti (viz kap. Dotazník). Nedílnou součástí bylo i posouzení míry spokojenosti uživatelů z perspektivy zaměstnanců. Dále byla zkoumána

míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a jejich klíčovými pracovníky prostřednictvím spárovaných dotazníků.

V kontextu výše uvedených informací a na základě studia odborné literatury byly vymezeny dílčí cíle:

- Analyzování postojů pracovníků sociálních pobytových služeb ke vztahu s klientem.
- Komparace názorů, zkušeností a postojů k transformaci sociálních pobytových služeb. Jak ji zaměstnanec vnímá a co od ní očekává.
- Identifikace stěžejních problémů či nedostatků, přímo či nepřímo souvisejících s transformací sociálních pobytových služeb.
- Zjištění míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi klientů a zaměstnanců v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních.
- Zjištění rozdílů v názorech na spokojenost uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a uživatelů chráněných bydlení.

8.2 Výzkumné otázky

Prostřednictvím analýzy recipročního vztahu zaměstnance a uživatele v pobytových sociálních službách byly zkoumány faktory ovlivňující zaměstnance, a také míru působení těchto vlivů, jež se odrážejí nejen v práci samotné, ale zejména ve vztahu k uživatelům. Účelem bylo dojít, na základě podrobné analýzy a deskripce těchto vlivů a dalších okolností, k vytvoření soustavy poznatků, z nichž se vycházelo při vytváření doporučení pro praxi v kontextu zefektivnění transformace.

Pro přiblížení výzkumného záměru jsou uvedeny otázky, jimiž se výzkum zabýval:

6. S jakými vztahy se můžeme setkávat mezi zaměstnanci a uživateli domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení?
7. Jaké konkrétní faktory ovlivňují zaměstnance při práci s uživateli?
8. Co se dle pracovníků v přímé péči změnilo v pobytových sociálních službách za posledních 5 let?
9. Jaký je postoj pracovníků sociálních pobytových služeb k procesu transformace?
10. Co podle zaměstnanců sociálních pobytových služeb přináší proces transformace samotným klientům?

8.3 Výzkumné hypotézy a předpoklady

Na základě vymezených cílů výzkumu byly stanoveny věcné hypotézy, které byly z důvodu jejich statistického ověření operacionalizovány na tzv. statistické hypotézy (nulová H_0 a alternativní H_A), aby byly měřitelné. Stanovené hypotézy včetně jejich verifikace jsou uvedeny v kapitole 11.1 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu – Analýza rozptylu

Posledním bodem v kvantitativním šetření bylo zjišťování míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi cílových skupin respondentů, a to uživatelé a pracovníky v domovech pro osoby se zdravotním postižením a klienty a zaměstnanci v chráněných bydleních.

9 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Vzhledem k charakteru výzkumného problému byly záměrně vybrány 2 skupiny respondentů, a to zaměstnanci pracující v přímé péči a samotní uživatelé pobytových služeb. Následujícím dělicím kritériem výzkumného souboru byly dvě kategorie bydlení, mezi něž patří domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) s větším počtem uživatelů a chráněná bydlení (dále jen CHB). V rámci výzkumu bylo osloveno celkem 12 zařízení sociálních pobytových služeb DOZP nebo CHB, viz Tabulka 4.

Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi skupinami respondentů a probíhal ve vybraných krajích, jež byly zvoleny na základě metody záměrného institucionálního výběru v následujícím teritoriálním vymezení: kraj Jihomoravský, Olomoucký, Zlínský a kraj Vysočina. Jednotlivá zařízení byla vybrána prostřednictvím aktuálního registru poskytovatelů sociálních služeb.

Celkově byla získána data od 96 uživatelů služeb a 96 zaměstnanců. Dále se tyto skupiny dělily na klienty žijící v domovech (48 respondentů) a v chráněném bydlení (rovněž 48 respondentů). Stejný poměr byl dosažen i u pracovníků v přímé péči.

Tabulka 17: Navštívená nebo oslovená zařízení

Kraj	Název zařízení	Typ služby
Jihomoravský	Chráněné bydlení sv. Michaela (Charita Brno)	Chráněné bydlení

	CSS Srdíčko	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	Domov Horizont Kyjov	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
Olomoucký	Vincentinum Šternberk	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Domov "Na Zámku", p. o. Nezamyslice	Domov pro osoby se zdravotním postižením
Vysočina	Domov bez zámku, příspěvková organizace	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Ústav sociální péče Křižanov, příspěvková organizace ¹	Domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení
	Diakonie ČCE – středisko v Myslibořicích	Domov pro osoby se zdravotním postižením
Zlínský	Chráněné bydlení sv. Cyrila a Metoděje (Velehrad)	Chráněné bydlení
	DZP Velehrad – Salašská	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	DZP Velehrad – Vincentinum	Domov pro osoby se zdravotním postižením
	Chráněné bydlení – Naděje (Zlín) ²	Chráněné bydlení

¹Ústav sociální péče Křižanov, p. o. neměl zájem o realizaci výzkumu z důvodu změny vedení zařízení.

²I přes telefonický kontakt a zaslání dotazníků vedoucímu služby se nepodařilo domluvit návštěvu zařízení, stejný problém nastal i u DZP Velehrad – Vincentinum. Vytipovali jsme si jiná zařízení.

Na základě zaslání dopisu nebo e-mailu došlo k prvotnímu zkontaktování se s vedoucím služby a byla sjednána osobní návštěva. Oba typy dotazníků byly pak osobně distribuovány do zařízení sociálních pobytových služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení), přičemž dotazníky pro uživatele byly vyplněny přímo s výzkumníkem, neboť většina uživatelů služeb neumí číst. V každém navštíveném zařízení byl dotazník vyplňován se 6–14 klienty.

Nedílnou součástí výzkumu disertační práce byla i její kvalitativní část, spočívající v pořízení rozhovorů. Pro účely výzkumu byl zvolen prostý záměrný výběr. *Tento způsob výběru je uplatňován zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno dostupné.* (Miovský, 2006, s. 136). Respondenty byli pracovníci v přímé péči, ale i vedoucí zaměstnanci.

10 METODY ZÍSKÁVÁNÍ KVANTITATIVNÍCH A KVALITATIVNÍCH DAT

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

10.1 Dotazník

10.2 Interview

10.1 Dotazník

Stěžejní metodou kvantitativního šetření byla dotazníková metoda. Negativa spočívají v mnohdy nízké návratnosti dotazníků. Tomuto riziku jsme se snažili předejít tím, že dotazníky byly distribuovány do zařízení během osobní návštěvy. Respondentům bylo vysvětleno, jak mají postupovat při jejich zpracování.

Pro tuto metodu byl využit standardizovaný dotazník vytvořený J. W. Conroyem³. Přeložený a částečně upravený dotazník na české podmínky byl modifikován do dvou jeho podob, a to pro uživatele služby a pro zaměstnance zařízení. Obě verze shodně obsahovaly otázky škálové (rating scale) a otázky uzavřené (strukturované), v tomto případě doplňující.

Vzhledem k tomu, že spokojenost je těžko definovatelný fenomén, byl vytvořen konstrukt spokojenosti, sestávající z následujících markerů (takto závislých proměnných šetření). Tyto markery obsahují jednotlivé položky dotazníku, jakými jsou např. spokojenost uživatele s bydlením v zařízení, s ostatními spolubydlicími či s personálem, jídlem, individuálním plánem, prací, denním programem, vztahem s rodinou nebo dostatkem soukromí. Druhou oblastí je možnost rozhodovat o tom, kde a s kým bude klient bydlet, kdo bude jeho klíčový pracovník, jeho spolubydlicí, možnost výběru stravy nebo denního programu, volného času, apod. Markery jsou obsaženy v jednotlivých položkách dotazníku pod čísly otázek 1, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 19, 21, 22, 24, 26 a 27. Jejich statistická významnost pak byla zjišťována testy.

³Dr. James W. Conroy, Ph.D. je prezidentem Center of Outcomes Analysis, jenž longitudinálně sbírá informace, popisuje a vyhodnocuje proces deinstitucionalizace osob s mentálním postižením. Více na <http://www.eoutcome.org/>.

Dotazníky pro zaměstnance sestávaly ze stejných otázek jako dotazníky pro uživatele, směřovaly však ke klientovi, např. „Jak myslíte, že je klient spokojen s bydlením v zařízení?“. V ideálním případě dotazník vyplňuje klíčový pracovník, případně jiný zaměstnanec, který klienta velmi dobře zná. Dotazníky byly vyplňovány zaměstnanci během návštěvy zařízení, případně vyzvednuty v pozdějším termínu dle předchozí domluvy, nebo zaslány poštou. Dotazníky zaměstnanců byly následně spárovány s dotazníky uživatelů.

10.2 Interview

K analýze vztahů byla zvolena nejrozšířenější podoba rozhovoru, jímž je polostrukturované interview. Rozhovory s respondenty byly prováděny při návštěvách zařízení⁴, přičemž byla zvuková stopa zaznamenávána na diktafon. Z nahrávek rozhovorů byl vytvořen doslovný přepis, tzv. transkripce. Rozhovory, jakožto kvalitativní část výzkumu, byly následně zpracovány pomocí metody obsahové analýzy. Tato metoda je podrobně popsána v kapitole 11.3 Analýza a interpretace výsledků.

Záměrem bylo seskupovat tyto výpovědi na základě podobností a souvislostí, takzvanou metodu trsů. Tato metoda, jak tvrdí Miovský (2006), se snaží seskupovat a konceptualizovat určité výroky do skupin, trsů.

⁴Některá zařízení byla navštívena několikrát, neboť se ne vždy podařilo během jedné návštěvy vyplnit dotazníky s uživateli a zaměstnanci.

11 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

- 11.1 Analýza výsledků kvantitativní výzkum
- 11.2 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat
- 11.3 Analýza výsledků kvalitativních dat
 - 11.3.1 Kategorie
 - 11.3.1.1 Kategorie: Vztah
 - 11.3.1.2 Kategorie motivace
 - 11.3.1.3 Oblasti zlepšení
 - 11.3.1.4 Změny
 - 11.3.1.5 Postoje pracovníka
 - 11.3.1.6 Klienti
 - 11.3.1.7 Překážky
 - 11.3.1.8 Podmínky
- 11.4 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat

Následující kapitola byla tematicky rozdělena do dvou podkapitol podle typu získaných dat, a to kvantitativní část a kvalitativní. Kvantitativní data, zpracovaná prostřednictvím analýzy rozptylu, která vycházejí z konstruktu spokojenosti, jsou zpracována prostřednictvím statistických metod a pro větší přehlednost jsou zaznamenána prostřednictvím grafů a tabulek. Další část tvoří výpočet Spearmanova koeficientu pořadové korelace a v závěru je uvedeno grafické zpracování doplňujících otázek velmi úzce souvisejících s tématem práce. Uvedena je jen část výsledných údajů, zbylá data se nachází v Příloze č. 7.

Druhá část sestává z analýzy a interpretace kvalitativních dat získaných rozhovory. Prostřednictvím metody obsahové analýzy byla data zaznamenána do schémat a tabulek, které přibližují zkoumanou problematiku. Závěr každé podkapitoly byl věnován interpretaci výsledků.

11.1 Analýza výsledků kvantitativního výzkumu

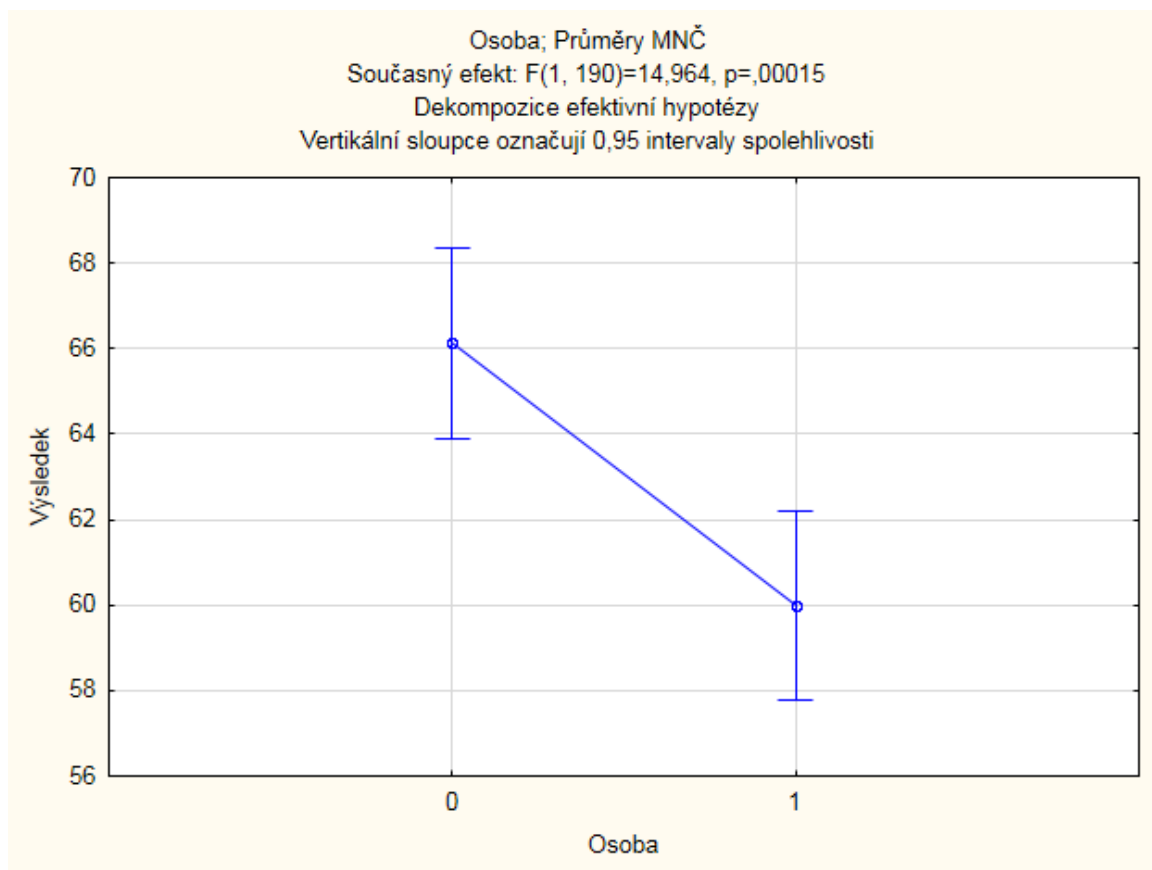
Na základě získaných dat dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 96 uživatelů pobytových služeb a 96 zaměstnanců je možné verifikovat stanovené hypotézy prostřednictvím výpočtů ANOVA a určit míru těsnosti vztahu mezi odpověďmi jednotlivých skupin respondentů prostřednictvím Spearmanova koeficientu pořadové korelace.

Pro potvrzení či zamítnutí hypotéz jsme se rozhodli použít slibnou statistickou metodu, a to analýzu rozptylu (anglicky ANalysis Of VAriance – ANOVA), která dle Chrásky (2007) může přinášet pozoruhodně přesné a spolehlivé výsledky. Prostřednictvím analýzy jsme zjišťovali, zda mezi průměry naměřených dat jsou, či nejsou statisticky významné rozdíly.

Hypotéza 1:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost se službou z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.



Graf 16: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP

Tabulka 18: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců DOZP ($p < 0,005$)

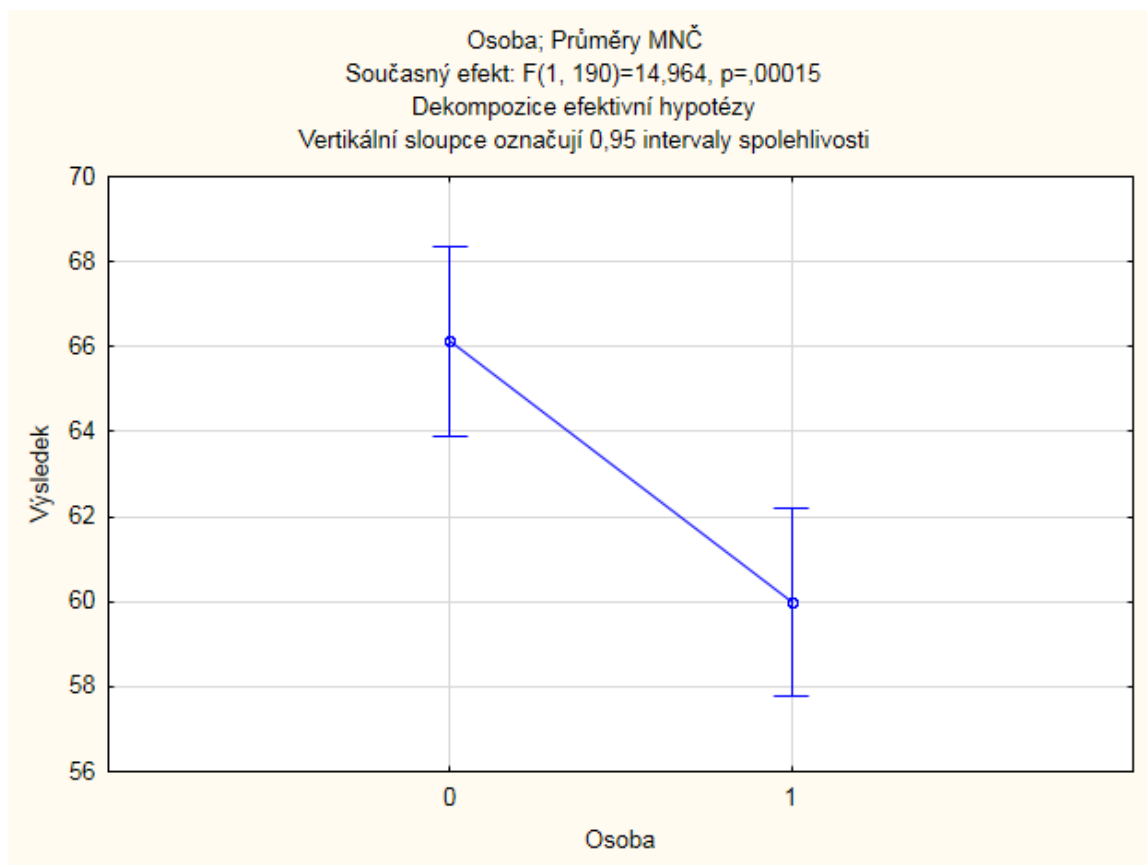
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Klienti“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. Člen	419761,5	1	419761,5	7719,437	0,00
Domov	5735,0	1	5735,0	105,468	0,00
Chyba	5111,5	94	54,4		

Vzhledem k vypočítaným hodnotám na dané hladině významnosti 0,05 a jednom stupni volnosti je možné odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, tedy pro daný soubor platí, že existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost se službou z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Hypotéza 2:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl v názorech na spokojenost s bydlením z pohledu uživatele a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení.



Graf 17: Hodnocení spokojenosti dle klientů a zaměstnanců CHB

Tabulka 19: Hodnocení spokojenosti klientů a zaměstnanců CHB

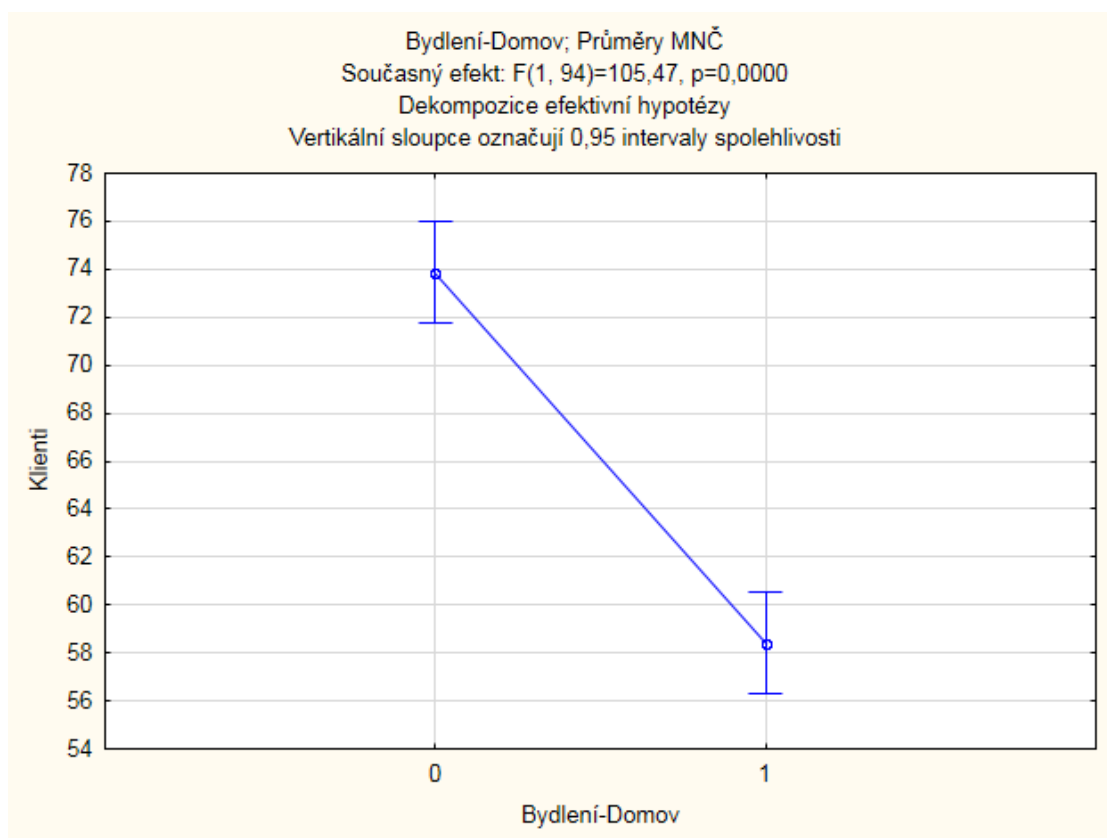
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Prom1“ (Rozdíly K a Z B v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. člen	483794,0	1	483794,0	9316,636	0,000000
"Prom2"	787,8	1	787,8	15,170	0,000184
Chyba	4881,2	94	51,9		

Hodnota F překročila kritickou hodnotu, pro daný soubor byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi hodnocením spokojenosti z pohledu uživatelů a spokojenost daného uživatele z pohledu klíčového pracovníka v chráněném bydlení. Nelze tedy přijmout hypotézu nulovou, ale hypotézu alternativní.

Hypotéza 3:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi spokojeností uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních.



Graf 18: Hodnocení spokojenosti mezi skupinami uživatel DOZP a CHB

Tabulka 20: Hodnocení spokojenosti klientů DOZP a CHB ($p < 0,005$)

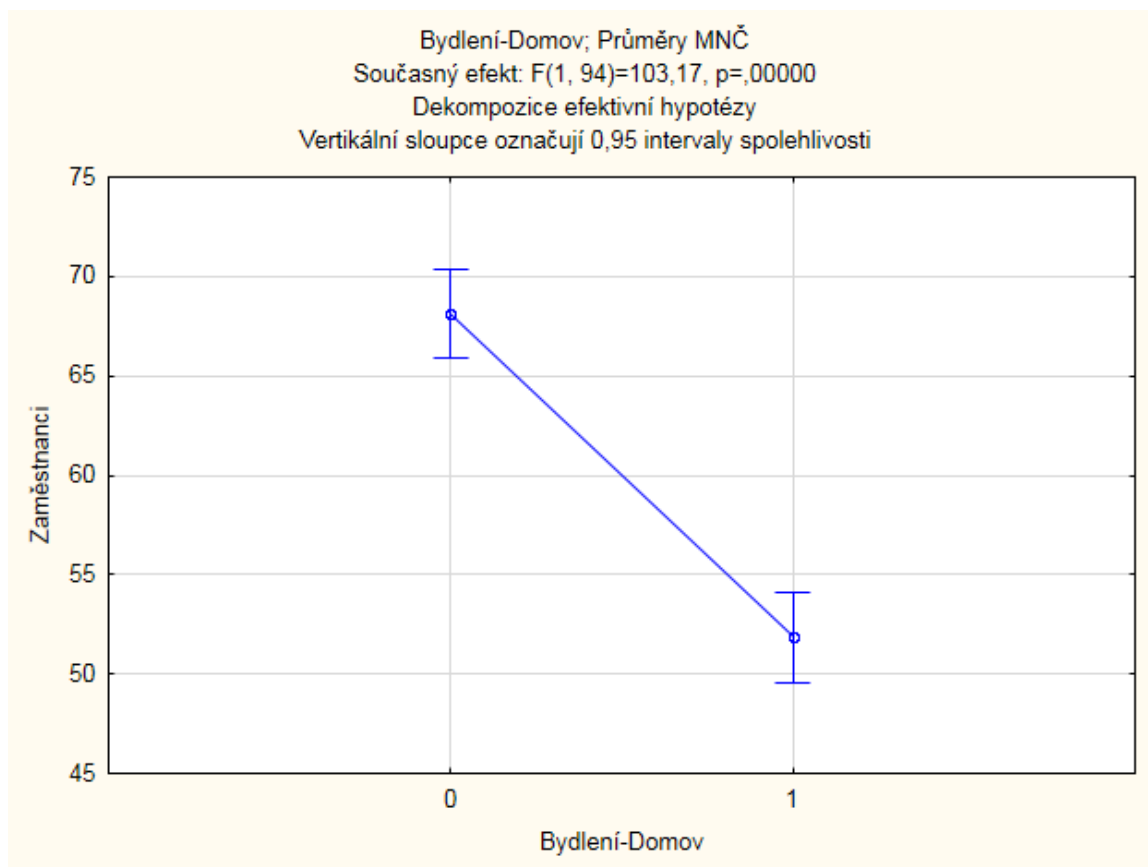
Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Klienti“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. člen	419761,5	1	419761,5	7719,437	0,00
Bydlení-Domov	5735,0	1	5735,0	105,468	0,00
Chyba	5111,5	94	54,4		

Pro daný soubor platí, že mezi průměrným hodnocením spokojenosti uživatel žijících v domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení byl prokázán statisticky významný rozdíl. Odmítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní. Výsledky dále můžeme interpretovat tak, že klienti žijící v chráněném bydlení hodnotí svoji spokojenost lépe, nežli klienti domovů pro osoby se zdravotním.

Hypotéza 4:

H_0 : Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

H_A : Existuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.



Graf 19: Hodnocení spokojenosti klientů zaměstnanci DOZP a CHB

Tabulka 21: Spokojenost uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení

Efekt	Jednorozměrné testy významnosti pro „Zaměstnanci“ (Klienti a zaměstnanci podle bydlení v Výpočty ANOVA) Sigma-omezená parametrizace Dekompozice efektivní hypotézy				
	SČ	Stupně (volnosti)	PČ	F	P
Abs. Člen	345360,0	1	345360,0	5593,437	0,000000
Bydlení-Domov	6370,0	1	6370,0	103,169	0,000000
Chyba	5803,9	94	61,7		

Na základě získaných dat bylo zjištěno, že vypočítaná hodnota je větší než hodnota kritická, lze tedy odmítnout nulovou hypotézu a přijmout hypotézu alternativní, tedy pro daný soubor platí, že existuje statisticky významný rozdíl mezi názorem na spokojenost s bydlením uživatel mezi zaměstnanci domovů pro osoby se zdravotním postižením a pracovníky chráněných bydlení.

Spearmanův koeficient pořadové korelace

Účelem použití Spearmanova koeficientu pořadové korelace bylo zjistit, jak těsný je vztah mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců (klíčových pracovníků), případně, jestli existují rozdíly v těsnosti odpovědí mezi dvěma cílovými skupinami, a to uživateli a zaměstnanci v DOZP a uživateli a zaměstnanci v CHB. Prostřednictvím výpočtu Spearmanova koeficientu pořadové korelace dle níže uvedeného vzorce byly zjištěny následující výsledky⁵.

$$r_s = 1 - \frac{6 \cdot \sum d_i^2}{n \cdot (n^2 - 1)}$$

Výsledné hodnoty Spearmanova koeficientu pořadové korelace:

$$r_{s(DOZP)} = 0,4549\bar{6}$$

$$r_{s(CHB)} = 0,57349$$

Na základě získaných výpočtů koeficientů korelace lze v obou případech konstatovat, že těsnost vztahu mezi odpověďmi klientů a zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením ($r_{s(DOZP)} = 0,4549\bar{6}$), ale i klientů a zaměstnanců chráněných bydlení ($r_{s(CHB)} = 0,57349$) se vyskytuje v intervalu střední, tedy značné závislosti. V rámci intervalu střední závislosti je těsnost odpovědí mezi klienty a zaměstnanci chráněných bydlení o 0,11853 vyšší než u klientů a zaměstnanců v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Je tedy možno konstatovat, že existuje rozdíl v těsnosti odpovědí mezi respondenty domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydleních, ale je spíše nevýznamný, neboť se oba výsledky pohybují v intervalu střední závislosti.

⁵Pro výpočet Spearmanova koeficientu pořadové korelace byla použita aplikace, která je volně dostupná na internetu: <http://www.socscistatistics.com/tests/spearman/Default2.aspx>

Doplňující otázky

Kromě statistického vyhodnocení hypotéz, vyplývajících z hodnocení markerů spokojenosti, byly ještě uvedeny součty významných doplňujících otázek, které jsou stěžejní pro téma práce. Zbýlá data byla zpracována v Příloze č. 7.

11.2 Interpretace výsledků analýzy kvantitativních dat

Analýza kvantitativních dat výzkumu přináší výsledky, v nichž je patrný statisticky významný rozdíl mezi názory na spokojenost daných skupin respondentů.

Ze získaných dat vyplývá, že pro daný výběr existuje statisticky významný rozdíl mezi názory na spokojenost z pohledu klientů (CHB i DOZP) a názory na spokojenost klientů z pohledu zaměstnanců. Klienti hodnotili svoji spokojenost lépe, než jejich klíčoví pracovníci. Pracovníci si myslí, že jsou klienti méně spokojeni, než uvedli samotní klienti. Příčinou rozdílů v názorech na spokojenost může být fenomén „positivity bias“ (Smith 1979 in Hamplová, 2004), trend odpovídat pozitivně, patrný především ve Spojených státech. Další příčinou může být fakt, že osoby žijící dlouhodobě v ústavním typu zařízení, nemají na rozdíl od zaměstnance služby možnost srovnání s životem mimo instituci. Klienti se určitým způsobem adaptovali na nepřírozený život v zařízení a je to pro ně norma. Neznají život mimo instituci, život intaktní společnosti. V porovnání se zahraničními státy, jako je např. Velká Británie či Švédsko jsou v bydlení a aktivitách klientů CHB v České republice stále ještě patrné institucionální prvky, jak popisuje Ericsson (1999) *denní centra a chráněné dílny⁶ jsou zastaralým modelem trávení času ve speciálním prostředí, který shromažďuje a segreguje pod záminkou ochrany.*

Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán i mezi názory na spokojenost mezi klienty DOZP a CHB, výsledky je možné interpretovat tak, že klienti CHB jsou spokojenější, než klienti DOZP. Vzhledem k výsledným datům vycházejících z markerů spokojenosti je možné konstatovat, že klienti CHB jsou spokojenější s denním programem, stravou, ve vztahu s rodinou. Co se týká možností rozhodování (o svém dni, životě) vykazují klienti CHB větší možnosti volby v oblastech výběru stravy, a současně možnosti její přípravy, možnost výběru spolubydlícího, klíčového pracovníka, větší volnosti pohybu a určování programu dne. Vyšší míra spokojenosti je patrná i v souvislosti s prací. Příčinou je

⁶Chráněné dílny sice byly zrušeny, ale klienti stále pracují např. v terapeutických dílnách.

především rozdíl v tom, že většina klientů DOZP nemá placenou práci na rozdíl od klientů CHB. Důvodem větší spokojenosti klientů v CHB může být i míra potřebné podpory daným klientům. Jak již bylo uvedeno, v chráněných bydleních žijí především „šikovnější“ klienti. Nepotřebují tolik péče a mají více kompetencí, než klienti žijící v domovech s vyšší mírou podpory.

Dalším bodem výzkumného šetření bylo zjišťování míry těsnosti vztahu odpovědi mezi klienty a zaměstnanci jednotlivých zařízení prostřednictvím Spearmanova koeficientu pořadové korelace. Míru těsnosti vztahu odpovědi bylo možné získat prostřednictvím spárování jednotlivých dotazníků klient – zaměstnanec. Míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců DOZP nebo uživatelů a zaměstnanců CHB se dle výsledků Spearmanova koeficientu pořadové korelace nachází v intervalu střední, tedy značné závislosti. Mezi dvěma skupinami byl zjištěn menší rozdíl. Neexistuje však významný rozdíl v míře těsnosti odpovědi mezi uživateli a pracovníky CHB a DOZP.

Kvantitativním posuzováním oblasti vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem vyplývá, že zaměstnanec vnímá uživatele především jako svého klienta, někteří ho vnímají jako kamaráda, část respondentů CHB ho má skoro jako svou rodinu. V názorech uživatelů převažuje pohled na klíčového pracovníka jako na svého vychovatele, asistenta nebo poradce. Další část považuje pracovníka za svého kamaráda, vyskytuje se zde i určité procento klientů, kteří ho vnímají jako svou rodinu. Nejméně odpovědi směřovalo k pracovníkovi jako k někomu nadřízenému. Zajímavé bylo sledovat vysokou míru podobnosti odpovědi klientů CHB i DOZP.

Postoj k transformaci sociálních pobytových služeb v jednotlivých zařízeních byl zjišťován jen z pohledu pracovníků, klienti na tuto otázku nebyli dotazováni. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že většina, 58% pracovníků CHB si myslí, že by bylo možné službu ještě dále transformovat. Tento výsledek si vysvětlujeme tím, že ačkoliv zařízení je v projektu, proces transformace ještě nebyl zcela dokončen. V případě zaměstnanců DOZP vidí možnost transformace zařízení (kde ještě např. proces nebyl započat) 64 % zaměstnanců DOZP. 6 % zaměstnanců DOZP si myslí, že není potřeba pobytovou službu měnit a zbytek neodpověděl.

11.3 Analýza výsledků kvalitativních dat

Nejkomplikovanější částí kvalitativního výzkumu bývá samotná analýza získaných dat, což je dáno především nízkou standardizací jednotlivých postupů a různorodostí výkladů metod. Smyslem kvalitativní analýzy a interpretace výsledků je osvětlit subjektivní definice významů fenoménů v kontextu daného prostředí a situace. V integrujícím popisu mají být čitelně podány názory zkoumaných jedinců, jejich subjektivní teorie. Cílem je přiblížit čtenáři zkušenosti, které se popisují z pohledu účastníků. Kvalitativní výzkum většinou zdůrazňuje, že výsledky je nutné uvažovat lokálně v daném kontextu.

Pro tuto práci byla zvolena metoda obsahové analýzy. Postup a procedury obsahové analýzy je možné rozdělit do několika fází. V počáteční fázi jsou zvoleny vhodné dokumenty, které jsou následně použity pro obsahovou analýzu (např. data vytvořená metodou interview), v dalších etapách dochází k jejich shromáždění a třídění. Následujícím krokem je definování základních jednotek a tvorba systému kategorií. Ke každé kategorii náleží odpovídající kód. Pro tento výzkum byly využity oba přístupy obsahové analýzy, tedy teoretický i deskriptivní, neboť některé kategorie byly vytvořeny předem, na podkladě předchozích zkušeností s danou problematikou, jiné se zformovaly až na základě získaných informací během kódování dat.

11.3.1 Kategorie

Některé kategorie vznikly na základě stanovených výzkumných otázek. Kategorie i subkategorie byly sestaveny z rozhovorů s pracovníky v přímé péči, ale i s několika vedoucími pracovníky služeb. (Písmenem R je značen respondent, číslo značí pořadí, v jakém bylo pořízeno s jednotlivými respondenty interview.)

Kategorie jsou koncipovány do tří částí. V první části má každá z kategorií své schéma, ve kterém je ilustrována se svými podkategoriemi. Dále jsou kategorie za pomoci metody trsů z interview koncipovány do ucelených bloků. (Olejníčková, 2013, s. 105) Třetí částí každé kategorie je tabulka, v níž jsou shrnuty poznatky z rozhovorů, jež jsou dále interpretovány. V následujících kategoriích byla pro účely autoreferátu uvedena jen kategorie vztah, ostatní kategorie jsou popsány v kap. 11.4 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat, kde byly tučně zvýrazněny vyplývající subkategorie.

11.3.1.1 Kategorie vztah

Tabulka 22: Kategorie vztah

KATEGORIE: VZTAH	
Subkategorie „Já mám tu moc“	Kontext
<p>Pracovník domova popisuje postoj subordínace nad klienty u části svých kolegů R7: „Ještě pořád aspoň u nás je v dost případech takový ten „já mám tu moc“. Jedná se o postoj „klient je tu pro mě“. Ve výpovědi se respondent zmiňuje o tom, že se tento postoj postupně mění, což je podle něj zapříčiněno změnou vedení, které více dbá o dobrý chod na oddělení prostřednictvím pravidelných kontrol. Pracovník si pak nedovolí k uživateli tolik co dřív, někdo by ho mohl slyšet, popř. vidět jeho neadekvátní reakce na vzniklé situace. Respondent uvádí, že velký vliv má i spolupráce se sociálními pracovníky, kteří jsou k pracovníkům v přímé péči více otevření, ne direktivní jako dříve a snaží se o to, aby PSP podpořili ve tvorbě např. individuálního plánu. Postoj vycházející od nadřízených pracovníků se odráží ve vztahu a práci s klientem R7: „když to bude z toho vrchu člověk cítit, že se s ním takto jedná, tak se to promítne i v tom vztahu toho pracovníka k uživateli“</p> <p>Jiný respondent uvádí, že pokud má pracovník takový postoj ke klientům, většinou sám odchází z organizace, nebo se</p>	<p>Zmíněný postoj popisuje např. Kopřiva (2011), klient je částečně závislý na pracovníkovi. Ten mu spoluutváří jeho den, přímo ovlivňuje kvalitu života uživatele. Jak popisuje Matoušek (1999), klienti mají u pracovníka schované své finance, všechny nákupy musí konzultovat a vyžádat si konkrétní sumu peněz. Postoj „já mám tu moc“ bývá typický u organizace s jasně strukturovanou hierarchií, kde na vrcholu pyramidy stojí vedení, přičemž spodní pozice patří uživatelům, kteří jsou jasně vedeni, co mají dělat a je omezena jejich autonomie. Tento postoj může být živnou půdou pro šikanu, buďto ze strany zaměstnanců, nebo je přehlížena mezi klienty. Pracovníci přejímají postoje vedoucích pracovníků. Když se bude vedení chovat direktivně, bude se to odrážet i ve vztahu ke klientům, klient tak přichází o svou autonomii, může být i nadměrně kontrolován ve chvílích, kdy to není potřeba (Kopřiva, 2011).</p>

<p>s ním organizace zhruba do půl roku rozloučí, neboť je to neslučitelné s jejich filozofií sociální služby.</p>	
<p>Subkategorie: Rodinný vztah</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent popisuje dlouhodobý vývoj péče daného zařízení, vycházející z křesťanského principu charakteru péče zakládajících řádových sester, který nadále přetrvává R3: „aby ten vztah byl jako v rodině“. Obecně zastává názor, že jsou vztahy dobré i v tzv. velkokapacitním zařízení, samozřejmě vždy záleží na jednotlivcích. Respondent také poukazuje na to, že kdyby si pracovníci nevybudovali vztah, např. u těžce postižených klientů, nemohli by vůbec tuto profesi vykonávat. Jiný respondent uvádí, že jsou pro něj klienti jako jeho děti R6: „že oni jsou tady doma, to jsou vlastně jako naše děti“, dále uvádí, že je zároveň kamarádský, snaží se klientům vycházet vstříc. R10: „...někdy je to těžké s matkami od více dětí, mají potřebu vše řídit...“</p>	<p>Otázkou zůstává, co to je, rodinný přístup? Kdo je v ústavní rodině otec, matka, bratr, sestra, strýc, teta? Čím přesně je pracovník v přímé péči?</p> <p>V podstatě bychom mohli komparovat situaci mnohdy opuštěných klientů v zařízení a řádových sester, které později přicházejí o rodinu. Náhradou rodiny jim mohou být právě uživatelé. Může existovat snaha o substituci rodiny, o určité naplňování potřeb rodinných vazeb.</p> <p>V kontextu postoje klient „jako dítě“ může nastat riziko, že pokud zaměstnanec vnímá klienty, jako děti, může mít tendenci se k nim i tak chovat. Může se jednat o direktivnější přístup ve snaze neustále je vychovávat, omezovat jejich autonomii. Jiný respondent poukazuje na často se vyskytující direktivnější přístup pracovníc, matek od více dětí, které mají tendenci mít vše pod kontrolou.</p>
<p>Subkategorie: Profesionální</p>	<p>Kontext</p>
<p>Respondent popisuje, jak je někdy těžké udržet hranice vztahu, popisuje to jako takové „bruslení“, neboť mnohdy klient</p>	<p>Udržení hranic a profesionality v pomáhajících profesích je tématem autorů Kopřivy, Schmidbauera i Pörtner. Jak</p>

<p>vyžaduje od pracovníka „více“, případně i sám zaměstnanec na hranici někdy zapomíná. Výsledkem může být i to, že každý zaměstnanec má hranici posunutou jinde a klient vyžaduje např. objímání po všech asistentech, což pak bývá podnětem pro supervize. Jiný respondent popisuje konkrétní zkušenost, kdy byl vztah natolik blízký, že klient málem trávil vánoce v rodině pomáhajícího R9“ „No, měl by být profesionální, vím to, spálila jsem se takhle s jednou klientkou, ...“ Dle respondenta se jednalo o manipulativního uživatele a po několika nepříjemných situacích došlo k opětovnému nastavení hranic. Do této kategorie by se zároveň dal zařadit vztah se snahou ke každému přistupovat stejně, což je podle pracovníků velmi těžké, neboť vždy se vytváří sympatie k některým klientům více a k některým méně R8: „snažím se, aby to bylo ke všem stejné, ale přece to nejde se ke všem chovat stejně“. Respondent si je této skutečnosti vědom a i přes sympatie k jednomu uživateli si dává pozor na to, aby nezanedbával ostatní klienty.</p>	<p>popisuje Kopřiva (2011), rozdíl oproti jiným povoláním, která pracují s lidmi je v tom, že vztah mezi klientem a pracovníkem by měl být osobní, nemělo by se jednat jen o soubor svěřených pravomocí. Je však velmi těžké ke každému přistupovat stejně, k člověku, ke kterému chová zaměstnanec sympatie, nebo antipatie. Důležitá je však nutnost zachovat si určitou úroveň vztahů tak, aby někteří klienti nebyli opomíjeni. Tento problém můžeme do jisté míry spatřovat ve větších skupinách, kde jsou klienti, kteří na sebe strhávají většinu pozornosti pracovníka a např. klidnější klienti mají mnohem méně prostoru a pracovníkovy pozornosti.</p>
<p>Subkategorie: Partnerský</p>	<p>Kontext</p>
<p>R10: „<i>partnerský přístup, ne zdravotnický model péče...</i>“ Respondent uvádí, že pokud zaměstnanec nemá partnerský přístup ke klientovi, těžko ho může rozvíjet. Pracovník je zde od toho, aby co nejvíce</p>	<p>Partnerský přístup je patrný v konceptu Marlis Pörtner <i>Na osobu zaměřený přístup</i>, shodně s respondentem poukazuje na zásadní úkol pracovníka, a to zprostředkovat klientovi rozvoj jeho</p>

naplňoval klientovy potřeby, aby byl klient spokojený. Zároveň pracovník poukazuje na ustupující zdravotnický model péče, který je již v daném zařízení přežitkem.	samostatnosti a zároveň nezávislosti na jiných osobách.
Subkategorie: Přátelský/kamarádský	Kontext
Respondenti zmiňovali kromě rodinného vztahu právě vztah přátelský či kamarádský. R5: „Z <i>mojí strany je kamarádský...</i> “ Pracovníci mají snahu vycházet klientům co nejvíce vstříc, berou ho jako kamaráda, se kterým si rádi povykládají o obyčejných věcech. Pracovníci však opět upozorňují na vztah, který by neměl překračovat určitou hranici.	Tato subkategorie vztahu částečně odpovídá předchozímu partnerskému vztahu. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že čtvrtina pracovníků CHB a osmina pracovníků DOZP vnímá klienty jako své kamarády. Třetina klientů CHB a DOZP považuje své klíčové pracovníky za kamarády.
Subkategorie: Vztah důvěry	Kontext
Respondent uvádí, že je podle něj nejdůležitější, aby měli klienti důvěru k pracovníkům. R11: „Klienti potřebují mít důvěru...“ Určitý pocit jistoty, že se na někoho mohou spolehnout, že jim pomůže, podpoří nebo jen vyslechne.	Důvěru by měli klienti pociťovat především ke svému klíčovému pracovníkovi. Pokud tam není, těžko bude klient naplňovat své osobní cíle a dále se rozvíjet.

11.4 Interpretace výsledků analýzy kvalitativních dat

V rámci kvalitativní části šetření jsme se zaměřili na stanovené výzkumné otázky vztahů zaměstnanců k uživatelům a postoje k transformaci. Stěžejním cílem byla kategorizace a deskripce dat získaných prostřednictvím interview. Na tento vztah však může působit řada faktorů, ať už explicitně, nebo implicitně.

Na základě získaných kvalitativních dat se autorka pokusila odpovědět na výzkumné otázky:

S jakými vztahy zaměstnanců k uživatelům je možné se setkávat v sociálních pobytových službách, konkrétně domovech pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení?

Vztah mezi uživatelem a zaměstnancem je velmi komplikovaný. Může v něm být obsažena určitá podpora a rovnováha, nebo také závislost, nesamostatnost, neboť pracovník je ten, kdo největší měrou ovlivňuje jeho spokojenost, jeho kvalitu života. Prostřednictvím interview a obsahové analýzy je možné identifikovat následující vztahy: **rodinný, přátelský/kamarádský, partnerský, „jako děti“, profesionální, „já mám tu moc“, „ke všem stejně“, vztah důvěry**. Pracovníci zařízení se často potýkají s otázkou profesionální hranice mezi jimi a klienty, s mírou těsnosti vztahu. Jestli je vhodné používat kontakt prostřednictvím doteku, či je možné klienta objímat. Toto dilema se často řeší i na supervizích (pokud pracovníci supervize mají), každý pracovník k této problematice přistupuje individuálně⁷. Jak uvádí Pörtner (2009), všichni pracovníci by měli mít kongruentní přístup ke klientům. Otázkou zůstává, kde se nachází hranice, která odděluje profesionální přístup např. od rodinného, kamarádského či partnerského? Jak uvedl jeden respondent, je to „neustálé bruslení, co ještě ano a co už ne“. Někteří pracovníci se shodli na tom, že by měly existovat určité mantinely patrné u všech zaměstnanců, aby klient nebyl zmatený z velmi odlišných přístupů pracovníků. (Zkrácení popisu, více v kap. 11.3 Analýza výsledků kvalitativních dat)

Jaké konkrétní faktory ovlivňují zaměstnance při práci s uživatelem?

Ve snaze odpovědět na tuto otázku byly identifikovány dvě protichůdné kategorie vlivů, a to motivace a nedostatky, respektive oblasti zlepšení.

Faktor motivace pozitivně ovlivňuje zaměstnance z několika důvodů. Zaměstnanec je motivovaný, když vidí u klientů pokrok. Ten může být zapříčiněn přímo přístupem a snahou pomáhajícího, ať už je součástí individuálního plánování či nikoliv. S **pokrokem klientů** je spojená i jejich spokojenost, klienti mají ze sebe radost, vycházejí dobře se zaměstnanci apod. Pracovníci uvádějí **vděk klientů**, což je další **zpětná vazba** pro pracovníka, že jeho práce má smysl, naplňuje ho, do práce se těší. Riziko syndromu vyhoření se snižuje, vztahy se odrážejí v celkové atmosféře pobytové služby. Respondent

⁷Někteří supervizoři doporučují do určité míry odlišný přístup ke klientům. Např. Pokud je pracovníkem muž, může být „přísnější“, pracovnice může mít „láskyplnější“ přístup, aby klienti mohli poznat různé role, určité archetypy, které jsou běžné v rodině.

avedl úzký vztah s klientem. Práce pomáhajících se velkou měrou odlišuje od běžných povolání, vztah by měl být na prvním místě (ideálně ten profesionální). Motivací může být i možnost volby, spočívající v možnosti plánování směn, programu apod. Pracovník, který má **možnost rozhodovat se** sám za sebe, může si plánovat směny po dohodě s ostatními, tudíž je poměrně flexibilní, bývá také motivovaným pracovníkem.

Faktory, které pracovníkům nevyhovují a bylo by dobré na nich zapracovat, zlepšit, také ovlivňují práci zaměstnance. Zaměstnanci by uvítali **individuálnější přístup**. V sociálních pobytových službách je stále nedostatek zaměstnanců. V navštívených zařízeních zodpovídal jeden zaměstnanec za 10 až 22 klientů (jednalo se od DOZP). Otázkou zůstává, jak se může zaměstnanec individuálně věnovat takovému počtu klientů. Naplňovat Standardy kvality je v takovém případě utopie, zvláště když se jedná o uživatele s větší mírou podpory, kteří potřebují pomoc pracovníka v základních sebeobslužných činnostech. Někteří pracovníci poukazují na **nedostatek odborníků** v sociálních službách, kteří odcházejí z důvodu **nedostatečného finančního ohodnocení**. Týmový přístup s „neprofesionály“ je pak o to složitější, pokud dochází k opakovanému zaučování nových pracovníků, vlivem vysoké fluktuace apod. To může mít následně dopad na **komunikaci** mezi zaměstnanci a kvalitu vztahů personálu, které se dále odráží v práci s klienty. Jiní pracovníci poukazují na **zlepšení podmínek osob s těžším stupněm postižení**, neboť bývají značně opomíjeni i z důvodu nedostačujících komunikačních schopností. Klient si neřekne, co chce, co mu vadí. S tím souvisí i přiblížení se běžnému životu. Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou místem podléhající režimu, pravidlům instituce a podřizování se ostatním. I přes snahu o humanizaci jsou podmínky stále ještě velmi nepřirozené a umělé. Pracovníci by si dokázali představit více peněz pro uživatele, mnohdy po zaplacení např. léků a dalších nutných výdajů nemají kapesné a nemohou jít např. do kavárny, do kina, jet na výlet apod.

Co se dle pracovníků v přímé péči změnilo v pobytových sociálních službách za posledních zhruba 5 let?

Změny přišly se zákonem o sociálních službách, kdy podle respondenta došlo např. ke změnám v účtování. To údajně vedlo klienty k větší samostatnosti, neboť si spoustu úkonů např. v domácnosti začali dělat sami. Podle jiného respondenta se celkově změnil náhled na sociální služby, ať už je to např. nárůst úkonů spojených s administrativou. Zaměstnanci nemají dostatek času na přímou práci s klientem, řeší, aby vše bylo „papírově“ správně. Na

druhou stranu pracovníci uvádějí, že se přístup ke klientům více individualizoval a to i přes nárůst administrativních činností a např. individuální plánování. Pozice pracovníků, vychovatelé byla nahrazena pracovníky sociálních služeb (jedná se o domovy pro dospělé klienty).

Jaký je postoj pracovníků k transformaci sociálních pobytových služeb?

Z odpovědí pracovníků vyplývá různorodá škála postojů od spíše negativních přes pragmatické až po pozitivní. Někteří respondenti pracující v DOZP jsou přesvědčeni o tom, že to klienti nezvládnou, respektive, že by to nezvládli jejich klienti, kteří potřebují větší míru podpory. Podle nich je transformace, respektive přestěhování do chráněných bydlení určena pro ty „šikovnější“ klienty. Jejich klienti jsou spokojeni v domově. Dalším postojem, nebo spíš argumentem je „nedostatek financí“, bylo by to drahé, nejsou na to prostory, peníze jsou potřeba i na jiné věci apod. Tyto názory mezi pracovníky přetrvávají, přestože zkušenosti ze zahraničí hovoří o opaku. Samozřejmě, pokud se budou srovnávat výdaje domovů pro osoby se zdravotním postižením s investičními etapami transformace (v době výstavby chráněných bydlení), tak budou rozdíly opravdu markantní. Vyšší výpovědní hodnotu budou mít analýzy, které budou srovnávat výdaje DOZP a CHB za běžného provozu. Dalším postojem je zřetel na společnost, která není připravená integrovat lidi s postižením mezi sebe. Pragmatický postoj zaujímá respondent, který upozorňuje na to, že transformace není jen otázkou stěhování, ale jedná se o proces začlenění, využívání komunitních služeb a integraci prostřednictvím zaměstnávání a aktivit ve společnosti. Postoj jiného respondenta byl takový, že by bylo vůbec úplně nejlepší, kdyby transformace nebyla potřeba. Za mnohem důležitější považuje podporu rodin, aby nemuselo docházet k tomu, že se člověk ocitne v institucionálním zařízení. Stát by měl přednostně investovat peníze do rodin s postiženým členem, aby se pak nemusel stěhovat (do ústavní péče, tréninkového bydlení, chráněného bydlení, podpory samostatného bydlení,...). Na opačném pólu je pak pozitivní postoj k transformaci, neboť respondent poukazuje na viditelné pokroky u klientů v případě, že se jim někdo věnuje individuálně a vidí tak potenciál v samostatném bydlení (popř. v malé skupině).

Co podle zaměstnanců sociálních pobytových služeb přináší proces transformace samotným klientům?

Přínos transformace pro klienty je podle respondentů, kteří mají osobní zkušenost s procesem nesporný. Klienti mají větší volnost, i když někteří mají problém s ní naložit. Patrné jsou pokroky, kterých klienti dosáhli po přestěhování se do nových bytů či domků. Pro srovnání, v domově pro osoby se zdravotním postižením měli klienti 24 hodin k dispozici pracovníka, se kterým mohli kdykoliv, cokoliv řešit. V jednom z chráněných bydlení mají podporu asistenta 4,5 hodiny denně. Klienti jsou samostatnější snad ve všech ohledech, což se odrazilo i na jejich sebevědomí. Nelze však konstatovat, že stěhování zvládnou všichni. Existuje zlomek klientů, kterým samostatnost nevyhovuje. Klient se vrátil zpět do domova ve zkušební lhůtě, neboť mu nevyhovovalo, že se musí o sebe mnohem víc postarat a nemá tak dost času na své aktivity. Důvodem k návratu mohl být hospitalismus, tedy neschopnost adaptace na běžné podmínky. Podle respondentů jsou někteří klienti zklamaní, že se např. stěhuje jejich kamarád a oni ne, případně může mezi klienty narůstat i určitá rivalita, resp. závist. Problém spočívá v tom, že se stěhují jen někteří klienti.

Komparace názorů, zkušeností a postojů k transformaci sociálních pobytových služeb, její překážky a vhodné podmínky pro transformaci:

Mezi identifikované překážky procesu transformace patří dle respondentů politická nestabilita, která často způsobuje změnu záměrů, jak uvedl jeden respondent, jakákoliv vláda se obává plné transformace, neboť z počátku bude proces finančně velmi nákladný. Dalším aspektem je častá změna politické garnitury z důvodu předčasných voleb. Jak již bylo uvedeno, proces je velmi finančně zatěžující, což je jeden z nejsilnějších argumentů, proč netransformovat zařízení. Zkušenosti ze zahraničí nasvědčují opak. Po přechodné době se náklady na služby buďto poníží, nebo budou stejné (viz zkušenosti z Velké Británie, Quip, 2011). V čem spatřují respondenti velkou nevýhodu, je sociální pobytová služba jako celek, poskytovatel zajišťuje jak služby sociální, tak i pobytové. Údajně by bylo efektivnější služby rozdělit/odloučit, což je v zahraničí běžné (viz Velká Británie, Nový Zéland, Švédsko). Jak již bylo uvedeno, zaměstnanci vnímají spíše negativní postoj veřejnosti k osobám s mentálním postižením v kontextu integrace, tak i vedoucí pracovníci uvádějí tento postoj jako významnou překážku. Posledním aspektem jsou předsudky zaměstnanců, kteří s transformací a priori nesouhlasí. Příčinou těchto postojů může být strach o práci, obava ze změny, nebo že by oni sami nezvládli přechod.

Naopak vhodné podmínky pro úspěšný proces vycházejí od přesvědčeného ředitele a vedení, který vybuduje kvalitní tým vedoucích pracovníků s dobrými manažerskými schopnostmi, kteří společně řídí proces. Takový tým pak dokáže motivovat zaměstnanec a ti pak motivují klienty. K tomu je důležité, aby byli všichni zaměstnanci dále vzdělávání a proškolení, účastnili se stáží a sebevzdělávali se. Vhodné je mít i podporu externích organizací, které mohou právě provádět proškolení zaměstnanců a přednášet např. i o zkušenostech ze zahraničí (např. organizace Lumos). Důležitá pro efektivní transformaci je i podpora kraje, tedy zřizovatele, v případě zařazení procesu transformace do komunitního plánu, nebo podpora MPSV. Významným prvkem je i vztah s veřejností, tedy public relations. Některé organizace usilují o zaměstnance, který by se věnoval jen této činnosti, se kterou je spojená celková osvěta, jež by měla, v ideálním případě začínat již na základních školách.

12 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Osnova kapitoly v rámci disertační práce

12.1 Doporučení pro praxi

Propojení kvalitativní i kvantitativní části výzkumného šetření poskytlo ucelený pohled na problematiku vztahu zaměstnance k uživateli v pobytových sociálních službách a faktory ovlivňující proces transformace. Pro účely kvantitativního šetření bylo zvoleno dotazníkové šetření určené pro klienty a zaměstnance sociálních služeb, a to domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení. Respondenti odpovídali na otázky vycházející z konstruktů spokojenosti, přičemž klienti hodnotili svou spokojenost a zaměstnanci hodnotili spokojenost klientů. Následně došlo ke spárování dotazníků. Získaná data byla vyhodnocena analýzou rozptylu, prostřednictvím níž jsme mohli verifikovat výzkumné hypotézy. Kromě míry spokojenosti klientů a pohledu na spokojenost klientů z perspektivy zaměstnanců nás zajímala i míra těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a pracovníků. Tuto závislost jsme vyhodnocovali pomocí Spearmanova koeficientu pořadové korelace.

Ze statisticky zpracovaných výsledků analýzy rozptylu vyplývá, že klienti hodnotili svoji spokojenost lépe, než jejich klíčoví pracovníci. Pracovníci si myslí, že jsou klienti méně spokojení, než uvedli samotní klienti. Autorka předpokládala větší shodu mezi odpověďmi, neboť zaměstnanec by měl klienta velmi dobře znát, vzhledem k tomu, že s ním denně pracuje a podporuje ho v individuálním plánování. Příčinou rozdílů v názorech na spokojenost může být fenomén „positivity bias“ (Smith 1979, in Hamplová, 2004), tedy trend odpovídat pozitivně, nebo také klientova nemožnost komparace s životem mimo instituci.

Významný rozdíl byl zjištěn i mezi názory na spokojenost mezi klienty DOZP a CHB. Z výzkumu vyplývá, že klienti CHB jsou spokojenější, než klienti DOZP, a to v následujících oblastech: denní program, strava, vztah s rodinou. Co se týká možností rozhodování, vykazují klienti CHB větší možnosti ve výběru spolubydlícího, klíčového pracovníka, výběru stravy, větší volnosti pohybu a určování programu dne. Vyšší míra spokojenosti je patrná i v souvislosti s prací. Příčinou je především rozdíl v tom, že většina klientů DOZP nemá placenou práci na rozdíl od klientů CHB.

Dalším bodem výzkumného šetření bylo zjišťování míry těsnosti vztahu mezi odpověďmi uživatelů a zaměstnanců DOZP nebo uživatelů a zaměstnanců CHB. Dle výsledků Spearmanova koeficientu pořadové korelace se oba výsledky nachází v intervalu střední, tedy značné závislosti. Neexistuje tedy významný rozdíl v míře těsnosti odpovědí mezi uživateli a pracovníky CHB a DOZP.

V kvalitativním šetření byly zjišťovány vztahy zaměstnanců ke klientům na základě polostrukturovaného interview s respondenty, jimiž byli pracovníci pobytových služeb, včetně vedoucích pracovníků. Získané informace byly zpracovány obsahovou analýzou. Kategorie i subkategorie vznikly na základě výzkumných otázek. Prostřednictvím obsahové analýzy bylo možné identifikovat následující vztahy, jakými jsou např. partnerský vztah, který se společně s profesionálním jeví jako nejvhodnější pro pomáhající profese. Cílem těchto vztahů je co nejvíce rozvíjet klienta, nesnažit se v něm vypěstovat závislost na zaměstnancích, jak to může být patrné v jiných přístupech. Na rozhraní se nachází vztah kamarádský či přátelský, neboť v běžných vztazích není obvyklé, že by člověk s kamarádem individuálně plánoval nebo ho rozvíjel v oblasti sebeobsluhy. Podobná úskalí obnáší vztah rodinný a „jako děti“, který může svádět zaměstnance k tomu, že se ke klientovi bude chovat jako k dítěti, přestože je dospělý. Přetrvávajícím nevyhovujícím postojem některých pracovníků v institucích je „já mám tu moc“, který klienta nerozvíjí, ale především omezuje. Velmi významným hlediskem je důvěra klienta v pracovníka. Pokud mezi nimi tento vztah není, těžko bude klient naplňovat své potřeby, osobní cíle a dále se rozvíjet.

V komparaci s kvantitativním posuzováním oblasti vztahu mezi uživatelem a zaměstnancem vyplývá, že zaměstnanec vnímá uživatele především jako svého klienta, někteří ho vnímají jako kamaráda, část respondentů CHB ho má skoro jako svou rodinu. Tyto odpovědi se poměrně shodují s postoji respondentů v kvalitativním šetření, kteří navíc rozšířili škálu vztahů o další dimenze (vztah partnerský, „já mám tu moc“, vztah důvěry). V názorech uživatelů převažuje pohled na klíčového pracovníka jako na svého vychovatele, asistenta nebo poradce. Menší část považuje pracovníka za svého kamaráda, vyskytuje se zde i určité procento klientů, kteří ho vnímají jako svou rodinu. Pozitivním zjištěním je, že nejméně odpovědi směřovalo k pracovníkovi jako k někomu nadřazenému. Zajímavé bylo sledovat vysokou míru podobnosti odpovědí klientů CHB i DOZP.

Součástí kvalitativního šetření bylo i zjišťování postojů pracovníků k transformaci. Z opovědí pracovníků vyplývá různorodá škála postojů od spíše negativních přes pragmatické až po pozitivní. Někteří respondenti pracující v DOZP jsou přesvědčeni o tom, že to klienti nezvládnou. Podle nich je transformace jen pro ty „šikovnější“ klienty. V komparaci s kvantitativním šetřením lze konstatovat, že 40 % zaměstnanců DOZP zaujímá spíše negativní postoj k transformaci, nemyslí si, že by bylo nutné stávající službu měnit. Na rozdíl od většiny pracovníků v CHB, kteří zastávají názor, že je možné službu ještě dále transformovat. Častým argumentem je také „nedostatek financí“. Pragmatický postoj vychází z názoru, že se jedná o proces začlenění, využívání komunitních služeb a integraci prostřednictvím zaměstnávání a aktivit ve společnosti. Podle jiného respondenta by byla optimální situace, kdy by transformace nebyla potřeba. Za mnohem důležitější totiž považuje podporu rodin, aby se jedinec do institucionální péče vůbec nedostal. Na opačném pólu je pak postoj pozitivní, vycházející z individualizace přístupu na podkladě myšlenek deinstitucionalizace.

Přínos transformace pro klienty je podle respondentů, kteří mají osobní zkušenost s procesem nesporný. Klienti mají větší volnost, jsou patrné pokroky. Celkově jsou klienti samostatnější, což se odrazilo i na jejich sebevědomí. Existuje však zlomek klientů, kteří se vrátili do ústavní péče. Domníváme se, že důvodem mohl být hospitalismus, tedy neschopnost adaptace na běžné podmínky.

Co se týká oblasti zefektivnění transformace, respektive nastavení vhodných podmínek pro proces, byly identifikovány následující determinanty. Jsou jimi přesvědčený ředitel a vedení s dobrými manažerskými schopnostmi, kteří dokážou motivovat zaměstnance, jenž následně probudí zájem v klientech. Vhodné je mít i podporu externích organizací, které mohou pomoci s řízením procesu a zároveň provádět proškolení zaměstnanců. Prioritou v procesu transformace by mělo být legislativní zakotvení s konkrétními strategiemi řešení a stanovení závazných období pro plnění milníků procesu. Důležitá je i subvence zřizovatele a zařazení procesu transformace do komunitního plánu. Významným prvkem je i vztah s veřejností a celková osvěta, jež by měla, v ideálním případě začínat již na základních školách.

12.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků kvantitativního a kvalitativního výzkumu vplynuly postřehy, z nichž je možné vyvodit určitý výčet doporučení, která mohou přispět pracovníkům v praxi. Doporučení jsou orientována směrem k zaměstnancům pobytových služeb. Druhou oblastí jsou doporučení vycházející z kontextu zefektivnění procesu transformace pro samotné instituce, respektive vedení pobytových služeb.

Doporučení pro praxi v kontextu vztahu zaměstnance k uživateli:

- Pracovníci v sociálních pobytových službách by se měli intenzivně vzdělávat především v oblastech, kterými jsou alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK), individuální plánování, na osobu zaměřený přístup, systemický přístup apod.
- Významným prvkem a součástí systému práce v institucích by měly být kvalitní supervize, které by měly směřovat k tématu vztahu ke klientovi, postavení pracovníka apod.
- Pracovník by se měl zaměřovat i na studium odborné literatury (např. Kopřiva, Pörtner, Matoušek, Schmidbauer, Jůn apod.) a vyhledávání aktuálních témat prostřednictvím elektronických zdrojů (např. www.kvalitavpraxi.cz), kde jsou zpracovány i zkušenosti ze zahraničí, které mohou pracovníka taktéž obohatit.
- Vhodné by bylo nejen navštěvovat jiné pobytové služby, ale absolvovat stáže v jiných zařízeních, ideálně v chráněných bydleních nebo podpoře samostatného bydlení.
- Pracovníci by měli rozvíjet AAK u všech klientů s těžším postižením, zvolením komunikační metody a plánu rozvoje u každého klienta.
- Velmi významným aspektem je velice těžký úkol, a to přenechání odpovědnosti klientovi do takové míry, jak jen to je možné (nechat dělat věci klienta, které zvládne, které se dokáže naučit, nesnažit se ho neustále chránit)
- Důležité je zaměřit se také na větší podporu klientů s těžším stupněm postižením, poskytovat jim více individuálního přístupu, neopomíjet je jen proto, že si neřeknou, co potřebují, protože nedokážou komunikovat.
- Podporovat klientovu samostatnost, autonomii, nemanipulovat klienty a nenechat se jimi manipulovat.

- Každý pracovník by si měl nastavit hranice, nezapomínat na profesionální přístup, brát klienta jako partnera a podporovat ho v jeho rozvoji.
- Podpořit klienty v založení skupiny sebeobhájců⁸, ideálně dobrovolnickou organizací, umožnit jim setkávání nejen s lidmi ze zařízení.
- Neobávat se dobrovolníků v organizacích, pro klienty může mít velký přínos setkávat se s někým, kdo nepracuje v instituci. Dobrovolník může pomoci s naplňováním osobních cílů klientů a ulehčit tak práci zaměstnanců.

Doporučení v kontextu zefektivnění transformace:

- Na místo komplexní pobytové služby by bylo vhodné oddělit od sebe službu bydlení a sociální služby (viz zkušenosti ze zahraničí - Nový Zéland)
- Pro transformaci sociálních pobytových služeb je důležité legislativní zakotvení, inspirací může být švédský model, kde přestali do ústavů přijímat nové klienty a vytvářeli už jen nové služby.
- S legislativním zakotvením je spojen i jednotný politický směr, tedy nastavení procesu bez jeho následného rušení či omezování. Důležité je i zasazení procesu transformace do komunitních plánů.
- Pro úspěšný přesun uživatelů do komunitního bydlení je vhodné poskytnout klientům službu tréninkového bydlení, kde se naučí hospodařit ve vlastní domácnosti a spoustu dalších dovedností.
- Public relations v lokalitách, kam se mají klienti stěhovat, ale i osvěta u celé intaktní společnosti, která by měla začít již ve školách prostřednictvím workshopů, exkurzí apod.
- Hledat práci a aktivity pro klienty v běžném prostředí. Smyslem transformace není jen přestěhovat klienty, je potřeba jim zajistit i ostatní aktivity, ideálně pracovní uplatnění, možnost využívat komunitní služby apod. (viz www.neighborsnetworkfl.org)
- Investovat finance do procesu a vyhnout se tím stavění chráněných bydlení v zahradách zařízení (pochopitelné je stavění tréninkových bytů). Nejtěžší je přechodné období, po určité době se náklady srovnají nebo sníží.

⁸Sebeobhájeci (self-advocacy) – skupina lidí s mentálním postižením, kteří se učí hájit svá práva, mluvit sami za sebe, nenechat za sebe rozhodovat ostatní.

- Zároveň je vhodné hledat ekonomická řešení, např. stavět nízkoenergetické stavby (solární panely na střeše, dřevostavby, pasivní domy apod.) Případně hledat byty v komunitní zástavbě – pronajímat byty, nutností transformace není nemovitosti vlastnit.
- Zaměřit se na fundraising, čili systematické získávání finančních prostředků pro činnost organizací. Vedlejším efektem je zároveň prezentace organizace.
- Pro podporu procesu je vhodné spolupracovat s externími organizacemi či pracovníky, které mohou organizacím zprostředkovat zkušenosti a ušetřit jim spoustu chyb.
- Důležité je také pracovat s předsudky zaměstnanců („naši klienti by to nezvládli“), diskutovat s nimi o deinstitucionalizaci a zároveň jim zprostředkovat vzdělávání, stáže, kurzy apod.

ZÁVĚR

Předkládaná disertační práce si kladla za cíl být určitým vzhledem do problematiky osob s mentálním postižením žijících v sociálních pobytových službách a především vztahu zaměstnance k uživateli v kontextu procesu transformace.

Klíčová témata, která byla v disertační práci za pomoci kvantitativních a kvalitativních výzkumných strategií zpracována jsou zejména: analýza vztahu zaměstnance k uživateli, zjišťování spokojenosti klientů a pohled na jejich spokojenost z perspektivy zaměstnanců domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněných bydlení. Jednou z oblastí, na kterou jsme se v rámci výzkumného šetření zaměřili, byla analýza a následná deskripce postojů k samotné transformaci pobytových sociálních služeb a případných návrhů a možností jejího dalšího zefektivnění.

Teoretická část práce vymezuje problematiku osob s mentální retardací a osob s mentálním postižením, definuje a dále rozvádí pojem uživatel a pracovník sociálních služeb. Kardinální část představuje kapitola zaměřená na problematiku procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních pobytových služeb v České republice včetně komparace zkoumané problematiky s vybranými státy, ve kterých byl proces transformace a deinstitucionalizace již realizován. Smyslem kapitoly tematicky zaměřené na kvalitu života (především pak na problematiku spokojenosti), bylo připravit teoretická východiska pro kvantitativní šetření.

Empirická část práce prezentuje výsledky analýz kvantitativního i kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém byla zjištěna a dále reflektována klíčová témata relevantní ke zkoumané problematice. Výsledky empirické části jsou sumarizovány v části zaměřené na doporučení pro praxi, které mohou výrazně obohatit a zefektivnit oblast pobytových sociálních služeb, ale i odbornou veřejnost a přispět tak k zefektivnění procesu transformace v České republice.

Dílčím cílem předkládané práce bylo rovněž upozornit na přetrvávající, mnohdy nepodložené, předsudky, intaktní společnosti vůči lidem s mentálním postižením. Autorka věří, že zjištěná data, a z nich plynoucí interpretace a doporučení pro praxi, budou představovat podnět k diskuzi či impuls pro další výzkumná šetření, kterých je v této problematice na vědecko-výzkumné úrovni stále nedostatek.

Použitá a prostudovaná literatura a prameny

- AAIDD *Intellectual disability*[online]. 2013 [cit. 11.3.2013]. Dostupné z:
http://www.aaidd.org/content_96.cfm?navID=20
- BAMBARA, L. M., WILSON, B. M., MCKENZIE, M. *Transition and Quality of Life in Handbook of Developmental Disabilities*. The Guilford Press, 2009. ISBN 978-1-60623-248-4.
- BEADLE-BROWN and BEECHAM, J. *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 3: Country Reports*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007. ISBN 978-1-902671-51-2.
- BEDNÁŘ, M. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3070-6.
- BEDNÁŘ, V. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.
- Brathová J., Mach, P. *Registr rizik (nástroj pro řízení rizik)*. MPSV, 2011.
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/14038/rizika.pdf>
- CARNABY, S. *Learning Disability Today*. Pavilion Publishing (Brighton) Ltd, 2011. ISBN 978-1-908066-58-9.
- ČÁDA, F. *Moderní péče o slabomyslné a důležitost našich sjezdů: přednáška, kterou k zahájení II. českého sjezdu pro péči o slabomyslné a školství pomocné v Brně*. V Praze: F. Čáda, 1912, 13 s.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7066-822-9.
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983, 222 s.
- DRAGOMIRECKÁ, E. et al. *SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-47-6.
- EDELSBERGER, Ludvík. *Příspěvek k vývoji speciální pedagogiky*. Praha, 1974-1976, 96s.
- FAIDD. 2012. *Research*[online]. 2010, [cit. 2012-01-25]. Dostupné z:
<http://www.kehitysvammaliitto.fi/in-english/research/research-themes/two-perspectives-on-deinstitutionalisation-process/>

- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-85931-79-6.
- GEIST, B. *Sociologický slovník*. Praha: Victoria Publishing, 647 s. ISBN 80-85605-28-7.
- GRUNEWALD, K. *Zavřete ústavy pro mentálně postižené* [online]. 2003, [cit. 2009-11-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>
- HAMPLOVÁ, D. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004, 43 s. ISBN 80-7330-063-x.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
- CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
ISBN 978-80-244-3679-1.
- CHRÁSKOVÁ, M., KRUŠINSKÝ R., MICHALÍK, J. *Metodologické aspekty tvorby závěrečné práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 152 s. ISBN 978-80-244-3679-1.
- JOHNOVÁ, M. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením* [online]. 2008, [cit. 2010-01-22]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/individualni-plan.html>
- JOHNOVÁ, M. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?* [online] 2005, [cit. 2010-01-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf>
- JOHNOVÁ, M. *Zkušenosti s transformací ústavní péče* [online]. 2008, [cit. 2010-01-25]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>
- JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- JOHNSON, K., TRAUSTADÓTTIR, R. *Deinstitutionalization and People with Intellectual Disabilities In and Out of Institutions*. Jessica Kingsley Publishers, 2005. ISBN 978-1-84310-101-7.
- KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 176 s., 2007. ISBN 978-80-7179-620-6.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Portál, 5. vyd. Praha: 2011, 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.
- KOŘÍNKOVÁ, D. *Překážky transformace ústavní péče* [online]. 2008, [cit. 19. 2. 2010]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf>
- KREJČÍŘOVÁ, O. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Ostrava: MONTANEX, 2004. ISBN 80-7225-112-0.

- KREJČÍŘOVÁ, O., VYMAZALOVÁ, E., HUBLAR, J. *Teorie a praxe speciálněpedagogické andragogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 71 s. ISBN 978-80-244-2880-2.
- KULKA, J. *Metody sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983, 186 s.
- LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: NRZP ČR, 2008. ISBN 80-903658-1-7.
- MICHALÍK, J., VALENTA, M. *Speciální pedagogika 7*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1215-2.
- MICHALÍK, J. *Právo, společnost a zdravotně postižení*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 141 s. ISBN 978-80-244-3533-6.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MPSV. *Koncepce plánování podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*[online]. 2007, [cit. 2009-01-25]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- MPSV. *Manuál transformace ústavů – deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
- MPSV. *Individuální projekt MPSV - Transformace sociálních služeb* [online]. 2007, [cit. 2009-01-25]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14597>
- MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001, 49 s., ISBN 80-210-2512-3.

- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1999, 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- PETIŠKOVÁ, M. *Poznámky psychiatrovky k otázce mentální retardace* [online]. 2007, [cit.10. 4. 2011]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000279.pdf>
- PÓRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadující trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K. a kol. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3203-8.
- SEDLÁČEK, K. *Zachraňte slabomyslné!* Prostějov: Učitelská jednota okresu Prostějovského, 1907, 113 s.
- SEKERA, Julius. *Mikrořízení a interpersonální vztahy v organizacích ústavní výchovy*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2001, 201 s. ISBN 80-7042-187-8.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 171 s. ISBN 80-7178-312-9.
- STRAUSS, A. CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
- VALENTA, M., *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- VYMAZALOVÁ, E., ZEMANOVÁ, E. *Tréninkové bydlení jako faktor transformace pobytových sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zahraničních zkušeností*. Olomouc: UPOL, 2010. ISBN 978-80-244-2664-8
- ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Univerzita Karlova, 205 s, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Anotace disertační práce

Jméno a příjmení: Eliška Černá

Název práce: Analýza vztahu zaměstnance a uživatele v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zefektivnění transformace

Název práce v angličtině: The Analysis of the Relationship between Employees and Clients in Institutional Care for People with Disabilities in the Context of Streamlining Transformation

Vedoucí práce: PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Katedra nebo ústav: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Speciální pedagogika

Počet stran: 199

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2014

Klíčová slova: uživatel, zaměstnanec, sociální pobytové služby, transformace, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení

Resumé: V oblasti pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením se setkáváme s více než aktuálním pojmem, jímž je transformace a současně deinstitucionalizace. Transformace sociálních pobytových služeb je dlouhodobý proces přeměny institucionálních zařízení s cílem integrace, popř. inkluze osob s postižením do společnosti prostřednictvím modelu komunitních služeb, který by měl vést k větší nezávislosti a celkově k vyšší kvalitě života uživatelů.

Prostřednictvím analýzy recipročního vztahu zaměstnance a uživatele v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v chráněných bydleních jsme zkoumali faktory ovlivňující zaměstnance a také míru působení těchto vlivů, jež se odrážejí nejen v samotné práci, ale především ve vztazích k uživatelům. Pro uvedenou problematiku jsme zvolili kombinaci výzkumných metod a to jak kvantitativní, tak kvalitativní. Metodu dotazníku jsme využili u uživatelů i zaměstnanců pobytových služeb, neboť jsme zkoumali míru těsnosti vztahů a celkovou spokojenost. Polostrukturované interview bylo zpracováno prostřednictvím kvalitativní metody obsahové analýzy. Podrobnou analýzou vlivů působících na respondenty jsme došli k deskripci vztahů zaměstnance a uživatele. Z těchto závěrů jsme vycházeli při vytváření doporučení pro praxi v kontextu zefektivnění transformace.

Summary

The Analysis of the Relationship between Employees and Clients in Institutional Care for People with Disabilities in the Context of Streamlining Transformation

Institute of Special Education Studies.

Faculty of Education. Palacký University Olomouc.

Key words: client, employe, social care, transformation, residential houses, sheltered housing

In the area of residential social services for people with learning disabilities, we are dealing with not simply the existing practice but the long term future but also the area of transformation and deinstitutionalization. The project of the transformation of residential social services is a long process which involves a great deal of planning and communication within institutions, with the aim being the successful integration and inclusion of people with disabilities into society through implementing the model of community services, which should promote the independence and equality of the individual, which in turn should result in the improved quality of life of those individuals.

Through the analysis of the reciprocal relationship between employees and users in institutional care and sheltered housing, we examined the factors influencing employees and the degree of action of these impacts that are reflected not only in the work itself, but also in workplace relations, especially in relation to those people receiving support. The combination of research methods that have been utilised for this project are both quantitative and qualitative, due to the research issue being very specific. The format of a questionnaire was used to provide feedback from both the clients and staff of residential services. The questionnaire itself was focused on the degree of strength in relationships between those clients and their staff. In addition to this Semi-structured interviews were conducted through qualitative content analysis.

Through the feedback and results of investigation into the relationships between clients and staff members we were able to draw conclusion that provided opportunity for recommendations in the change in practice in relation to transformation from institutional care to that of community care.

Zusammenfassung

Überschrift: Analyse der Beziehung zwischen Angestellten und Benutzern in den Heimen für Personen mit Behinderung im Kontext der Transformationseffektivierung.

Schlagwörter: Benutzer, Angestellte, soziale Aufenthalt-dienstleistungen, Transformation, Heime für Personen mit Behinderung, betreutes Wohnen

Auf dem Gebiet den sozialen Aufenthalt-dienstleistungen für Personen mit geistlicher Behinderung treffen wir den sehr aktuellen Begriff: die Transformation und gleichzeitig die Deinstitutionalisierung. Die Transformation der soziale Aufenthalt-dienstleistungen ist ein langfristiger Umwandlungsprozess von den Institutionen und das Ziel ist die Integration, bzw. der Inklusion der Personen mit Behinderung in den Gesellschaft. Das passiert mit Hilfe des Community-Services Modells, das auch zu grössere Unabhängigkeit und höhere Lebensqualität der Benutzer führen sollte.

Wir haben mit Hilfe des Analyses von der reziprok Beziehung zwischen Angestellten und Benutzern in den Heimen für Personen mit Behinderung und in den betreuten Wohnen die Faktoren untersucht, die den Angestellten beeinflussen und auch das Mass von der Effekte Wirkung, die sich nicht nur in dieser Arbeit spiegeln, sondern auch in Beziehungen zu den Benutzern. Für beschriebene Problematik haben wir eine Kombination von quantitativen und qualitativen Forschung Methoden gewählt. Fragebogenmethode haben wir bei den Angestellten und auch bei den Benutzern in den Heimen benutzt, denn wir haben das Mass von der Enge des Verhältnisses und die Zufriedenheit allgemein untersucht.

Das halbstrukturierte Interview wurde mit Hilfe qualitative Content-Analyse Methode verarbeitet. Wir sind mit Hilfe des ausführlichen Wirkungsanalyse von den Beklagten zu Beziehungsbeschreibung zwischen Angestellten und Benutzern gekommen. Wir sind aus diesen Schlussfolgerungen herausgekommen, wenn wir Empfehlungen für Praxis im Kontext Effektivierung der Transformation darauf entwickelt haben.