

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Olomouc 2019

Radmila Uhrová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ

ANTROPOLOGIE

**OPATROVANEC S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PROCESU
TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Z POHLEDU
VEŘEJNÉHO OPATROVNÍKA**

Bakalářská práce

Obor studia: Sociální práce

Radmila Uhrová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Michal Prokeš - KPG

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: *„Opatrovanec s mentálním postižením v procesu transformace sociálních služeb z pohledu veřejného opatrovníka“* vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne-----

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michalu Prokešovi za odborné vedení mé bakalářské práce
a vstřícný přístup.

Anotace

Jméno a příjmení:	Radmila Uhrová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor Studia:	Sociální práce
Obor obhajoby:	Sociální práce
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Prokeš
Rok obhajoby:	2019
Název práce:	Opatrovanec s mentálním postižením v procesu transformace sociálních služeb z pohledu veřejného opatrovníka.
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá pohledem veřejného opatrovníka, který u svého opatrovance s mentálním postižením hodnotí, jakým způsobem prošel procesem transformace a odrazil se v jeho životě. Teoretická část se zabývá popisem institutu veřejného opatrovnictví. Vymezuje se zde také mentální postižení, diskutovaná transformace sociálních služeb a souvislosti s přechodem z ústavního zařízení do menší komunity. V empirické části se srovnávají názory veřejných opatrovníků, na to, jak popisovaná změna proběhla, a jak ovlivnila kvalitu života jejich svěřenců.
Klíčová slova:	svéprávnost, opatrovanec, veřejný opatrovník, mentální postižení, transformace sociálních služeb, ústavní péče, sociální služba komunitního typu
Title of Thesis:	A guardianship with a mental disability in the process of transformation of residential social services from the point of view of a public guardian.
Annotation:	This bachelor thesis deals with the view of public guardian, that evaluates how his cared ward went through the process of transformation and bounced back into his life. The theoretical part describes an institute of public guardianship. Also, there is defined a mental disability, already discussed, transformation of the social service and connection with coming from an institutional facilities to some smaller community. The empirical part deals with the comparison of opinions of public guardians, how the described change went and how it influenced the quality of life of their ward.
Keywords:	legal capacity, ward, public guardian, mental disability, transformation of residential social services, institutional care, community type of social service
Názvy příloh vázaných v práci:	Dotazník
Počet literatury a zdrojů:	42
Rozsah práce:	75 stran, 163.388 znaků

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1. Opatrovnictví.....	13
1.1 Svěprávnost a její omezení.....	13
1.2 Opatrovnictví osob.....	14
1.3 Institut veřejného opatrovníka.....	15
2. Mentální postižení.....	17
2.1 Definice a stupně mentálního postižení.....	17
2.2 Dospělost a odlišnosti ve vývoji osob s mentálním postižením.....	18
2.3 Socializace a inkluze osob s mentálním postižením.....	21
2.4 Edukace a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením.....	23
3. Transformace pobytových sociálních služeb.....	26
3.1 Sociální služby a formy péče pro osoby s mentálním postižením.....	26
3.2 Rizika ústavní péče podporující sociální vyloučení.....	29
3.3 Transformace, deinstitucionalizace všeobecně.....	32
3.4 Proces transformace a deinstitucionalizace.....	33
4. Přejchod opatrovance z ústavní péče.....	35
4.1 Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní.....	35
4.2 Rizika v procesu transformace a deinstitucionalizace v sociálním kontextu.....	37
4.3 Hodnocení kvality života a kvality sociální služby.....	38
METODICKÁ ČÁST.....	43
5. Výzkumné otázky, dotazník, výběr vzorku.....	43
EMPIRICKÁ ČÁST.....	47
6. Analýza dat a interpretace dotazníkového šetření.....	49
6.1 Sociodemografická úvodní část dotazníku.....	49
6.2 Připravenost opatrovance na změnu, iniciativa a spolupráce aktérů.....	51
6.3 Hodnocení procesu přechodu, řešení případných problémů.....	54
6.4 Hodnocení přínosu pro život opatrovance a specifikace determinantů pozitivního začlenění.....	56
6.5 Názor opatrovance na kvalitu života v novém prostředí.....	60
6.6 Postoj veřejného opatrovníka k transformaci.....	61

ZÁVĚR.....	64
Seznam literatury a zdrojů.....	68
Seznam zkratk a označení.....	71
Seznam tabulek.....	71
Příloha.....	72

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji mimo jiné procesu transformace sociálních služeb. Je to stále diskutovaná otázka, neboť se jedná o velký zásah do zaběhnutého systému stávající péče. Ústavní zařízení jsou nahrazovány domovy s menšími komunitami, případně se osoby stěhují do chráněných bydlení. A dle praktických zkušeností to s sebou nese bohužel i řadu rizikových faktorů. Myslím přesto, stejně jako iniciátoři této změny, že každý člověk si zaslouží prožít svůj život plnohodnotně v přirozeném a bezpečném prostředí. I takové myšlenky mě provázely při návštěvách velkých ústavních zařízení, které na základě mé zkušenosti tuto přirozenou potřebu citelně popírají.

V rámci obrovského projektu transformace sociálních služeb je mým zájmem zkoumat jen vybranou skupinu osob s mentálním postižením. Konkrétně, jaký dopad má na jejich život změna prostředí a přechod z neosobní ústavní péče do sociálních služeb komunitního typu. Jelikož jsem pracovala několik let jako veřejný opatrovník, zvolila jsem právě proto pohled z tohoto úhlu. Veřejný opatrovník je nestranná osobnost, která v rámci výkonu své funkce a zkušeností, většinou v oblasti sociální práce, je schopna tento proces a jeho přínos odborně vyhodnotit.

V úvodní teoretické části se budu věnovat vymezení a popisu klíčových pojmů, které se v textu vyskytují. Podstatným aspektem je právě institut veřejného opatrovnictví, pravomoci a povinnosti opatrovníka jednajícího za územně samosprávný celek. Nezanedbatelným úkolem je popis kategorií mentálního postižení a přiblížení socializace, edukace a dalšího začlenění osob s tímto postižením do společnosti. Pozornost pak věnuji popisu ústavní péče, která je ohniskem sociálního vyloučení a přiblížím formy sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. V jedné z kapitol chci vymezit pojem deinstitucionalizace sociálních služeb, tedy změnu (transformaci) institucionální (ústavní) péče právě v péči komunitní.

Přes všechny plánované záměry je přece jenom hlavní postavou člověk, tvor nedokonalý, a je třeba brát v potaz jeho individualitu. Většina zařízení připravuje své klienty na tento přechod z ústavní péče, což by mělo omezit rizika, která v souvislosti s tímto velkým zásahem do jejich zažitého režimu hrozí. A to je součást výzkumu, specifikovat, jak tento přechod ovlivnil kvalitu života opatrovaných, v čem byla přínosná. Součástí je dotazování na připravenost opatrovance na změnu, spolupráci dotčených stran a v neposlední řadě problémy provázející tento proces. Zajímavý je i všeobecný názor veřejných opatrovníků na samotný probíhající proces transformace v kontextu jejich dosavadních profesních zkušeností.

V metodické části je prioritou výzkumná otázka, která koresponduje s cílem práce, tedy zjištění názoru veřejných opatrovníků, kteří byli účastni klíčové změny u svých svěřenců. A v rámci empirické části budu charakterizovat výzkumný vzorek a výstupem bude analýza zjištěných hodnot prostřednictvím dotazníkové šetření.

Cílem práce je srovnat názory veřejných opatrovníků na proběhlou změnu z ústavní péče do komunitní u svých svěřenců, jakým způsobem se změnila kvalita jejich života ve společnosti, jak proces s odstupem času hodnotí.

Mou prací můžu shromáždit zajímavé profesní postřehy a zkušenosti veřejných opatrovníků s tímto obrovským celostátním projektem transformace v kontextu sociální práce s cílovou skupinou osob s mentálním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Opatrovnictví

V úvodní kapitole své bakalářské práce představím první z klíčových oblastí, která se bude v rámci celé struktury prolínat. Jedná se o problematiku opatrovnictví osob, kterým byl v souladu s platnou legislativou, na základě rozhodnutí nezávislého soudu, jmenován opatrovník pro zastupování v potřebném rozsahu. Odrazovým můstkem k této problematice je především Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2012), jenž je novým základním kodexem práva soukromého a změnil mimo opatrovnictví od 1.1.2014 svou účinností desítky norem. Nejprve přiblížím základní pojem svéprávnosti a jejího omezení. Naváží popisem podmínek opatrovnictví a charakteristikou opatrovníka. V závěru pak specifikuji institut veřejného opatrovníka a konkretizuji okruhy výkonu jeho péče o opatrovaného.

1.1 Svěprávnost a její omezení

Svěprávností se rozumí dle ustanovení § 55 Zákona č. 89/ 2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů (dále také OZ), způsobilost nabyvat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (tedy jednat právně). Plně svéprávným se člověk stává zletilostí. Před nabytím zletilosti lze získat svéprávnost přiznáním nebo uzavřením manželství, za splnění zákonem stanovených podmínek (Česko, 2012).

„K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.“ Tolik úvod platné legislativy, tedy § 55 OZ ve věci svéprávnosti. Na základě změny tohoto obsáhlého právního textu se i podstatně změnil pohled na posuzování zastupování člověka, jenž právě svoje záležitosti není schopen zvládnout sám. Nutno zdůraznit, že toto rozhodnutí nezbavuje člověka právně jednat v běžných záležitostech každodenního života. I nadále o svéprávnosti rozhoduje nezávislý soud (OZ, § 56), který k tomuto kroku ale přistoupí jen v případě, že člověku hrozí závažná újma a nedostačuje na jeho ochranu méně omezující opatření (OZ, § 55 odst. 2). Přičemž samozřejmě musí přihlížet, v jakém rozsahu způsobilost člověka omezí s ohledem na jeho duševní poruchu a změni-li se okolnosti, může své rozhodnutí změnit nebo dokonce zrušit (Česko, 2012).

Podstatné také je, že OZ již neumožňuje člověka svéprávnosti zcela zbavit. Kdo byl dle předcházející platné legislativy zbaven způsobilosti k právním úkonům, se ode dne účinnosti OZ považuje za osobu, jež je pouze omezena ve svéprávnosti dle § 3032 odst. 1, a na toho, jenž byl omezen k právním úkonům se od stejného data pohlíží jako na člověka způsobilého. Přičemž zásah do svéprávnosti je brán jako krajní řešení ochrany zájmů člověka a v případě, když nemůže být použito mírnějšího a méně

omezujícího opatření. Pod tímto pojmem se rozumí schválení smlouvy o nápomoci, zastoupení členem domácnosti nebo jmenování opatrovníka bez omezení svéprávnosti popsané v § 45 až § 54 (Česko, 2012).

1.2 Opatrovnictví osob

Soud svým rozhodnutím o omezení svéprávnosti jmenuje opatrovníka v souladu s ustanovením § 62 OZ, přičemž při svém výběru přihledne k přáním a potřebě opatrovance a k podnětům osob opatrovanci blízkých. OZ v § 65 dále uvádí, kdo se nemůže stát opatrovníkem a jaké jednání lze považovat za neplatné, pokud se realizuje bez opatrovníka (Česko, 2012).

Omezení v § 63 je ve smyslu tom, že soud jmenuje opatrovníkem pouze osobu, která může právně jednat a jejíž zájmy nejsou v rozporu se zájmy opatrovance, ani provozovatele zařízení, kde opatrovanec pobývá nebo které mu poskytuje služby, nebo osobu závislou na takovém zařízení. V souvislosti s jednáním opatrovance, ač nemohl jednat bez něj, platí, že jednal-li opatrovanec samostatně, lze jeho právní jednání prohlásit za neplatné, jen působí-li mu újmu. Popřípadě se považuje opatrovancovo jednání za platné, pokud je opatrovník schválil. Je třeba také zdůraznit, že opatrovník nemá postavení zákonného zástupce (Česko, 2012).

Na druhou stranu OZ v § 465 také stanovuje, že soud jmenuje opatrovníka člověku, je-li to třeba k ochraně jeho zájmů nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Z čehož vyplývá, že opatrovnictví není spojeno výhradně s omezením svéprávnosti. V praxi to znamená a hojně se využívá pro jmenování opatrovníka člověku, u něhož neexistuje praktická možnost, aby si svým jednáním způsobil vážnou újmu. Práva jsou zachována bez omezení, ale v souladu s ustanovením § 465 odst. 1i § 469 odst. 1 OZ v konkrétních případech jedná výhradně opatrovník a opatrovanec je omezen de facto v samotném jednání (Česko, 2012).

„Soud může omezit svéprávnost člověka v rozsahu, v jakém není schopen právně jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.“ (OZ, § 57 odst. 1). Při svém rozhodování musí soud vzít v potaz stupeň a rozsah neschopnosti člověka se starat o vlastní záležitosti. Prakticky tedy soud uvede konkrétní a přesný výčet úkonů, které není člověk schopen sám realizovat. V souladu s ustanovením § 457 OZ je podstatou opatrovnictví ochrana zájmů a naplňování práv opatrovance (Česko, 2012).

OZ také uvádí v § 458, v jakých ohledech nemůže opatrovník za opatrovance jednat, konkrétně ve věcech vzniku a zániku manželství, výkonu rodičovských povinností a práv a oblasti závěti (Česko, 2012).

V rámci OZ se také poprvé v historii objevuje v naší legislativě termín Opatrovnická rada. Což je skupinka nejbližších osob z okolí zastoupeného, která má inspirovat a dohlížet na činnost opatrovníka. O její ustavení může žádat opatrovanec nebo osoba blízká, členem nemůže být opatrovník, ale osoba, jež prokazuje dlouhodobý a vážný zájem o opatrovance. Rada by měla mít alespoň tři členy a měla by zasedat minimálně

jednou ročně. Její konkrétní pravomoc a činnost řeší obsáhle OZ § 472 - 485 (Česko, 2012).

1.3 Institut veřejného opatrovníka

Pokud nastane situace, že soud nenalezl žádnou vhodnou osobu, ať příbuznou nebo z okolí posuzovaného, jmenuje opatrovníka veřejného (OZ, § 471 odst. 2). Jako veřejný opatrovník figuruje nebo se rozumí obec, kde má daný opatrovanec bydliště dle OZ, § 471 odst. 3 (Česko, 2012). Druhou variantou je právnická osoba, která je obcí k plnění tohoto účelu zřízena. Podstatným faktem také je, že veřejný opatrovník je jmenován bez předchozího souhlasu opatrovance. Dalo by se tedy shrnout, že veřejný opatrovník je "záchranným kruhem", pokud není jiná vhodná osoba, jež by opatrovnictví vykonávala. Také je logické, že obec jako veřejný opatrovník své opatrovnictví nemůže odmítnout nebo vzdát (MVČR, 2015).

Obec zastupuje navenek dle zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení), ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2000), starosta. Ten však může na základě plné moci pověřit k výkonu opatrovnictví osobu zařazenou do obecního úřadu. Prakticky se rozlišují dvě možnosti. Malá obec neboli obec tzv. I. typu, kde opatrovnictví vykonává v drtivé většině starosta. Na obcích tzv. II. a III. typu, což se rozumí pověřené obecní úřady a obecní úřady obcí s rozšířenou působností, bývá tato agenda na základě pověření svěřována většinou sociálním pracovníkům popř. právníkům, tajemníkům atd.

Všeobecně jsou rozděleny okruhy péče o opatrovance do oblastí (MVČR, 2015):

- **Jednání v souvislosti s rozhodováním a činností soudu**, to obnáší pravidelné zpracování zprávy o činnosti, tedy jednou ročně. Dále účast při soudních jednáních, kdy je opatrovanec účastníkem řízení (přezkum opatrovnictví, úkony při změně nebo skončení opatrovnictví, dluhy, exekuce, umístění do pobytových služeb, při dědickém řízení, pozůstalostním řízení, při projednávání majetkových poměrů opatrovance, zastupování opatrovance jako rodiče nezletilých dětí atd.)
- **Řízení nebo zastupování na úřadech** znamená vyřizování průkazů a dalších dokladů, uzavírání smluv za služby, jednání ohledně důchodů, vyřizování všech sociálních dávek, pomoc za zabezpečení bydlení, zastupování při projednávání přestupků, jednání na finančním úřadě, zdravotních a jiných pojišťovnách, institucích atd.)
- **Vedení osobního účtu a správa finančních prostředků**, tedy pravidelné zpracovávání přehledu o příjmech a výdajích, úhrady spojené s bydlením, dodávkami energií a dalších služeb, vedení vyúčtování ve spisu opatrovance.
- **Zabezpečení správy majetku**, konkrétně řešení závazků a zastupování při majetkoprávních úkonech, vedení správy a soupisu spravovaného jmění.
- **Zajišťování osobních potřeb**, tedy nákup oblečení, věcí osobní spotřeby, hygienických potřeb, kompenzačních pomůcek, léků, zabezpečení stravování. Dále spolupráce se sociálními službami, zprostředkování kontaktu se sociálním

prostředím, řešení jeho přání a požadavků, pravidelný kontakt s opatrovancem a faktický zájem o jeho osobu.

- **Zdravotní péče** spočívá v zajištění doprovodu k lékařům, spolupráce s ošetřujícím lékařem, zdravotnickým zařízením, kontrola užívání léků a dodržování léčebného režimu. Udělování souhlasu s hospitalizací, s provedením výkonu a celková péče o dobrý zdravotní stav.
- **Administrativní úkony a vedení spisové dokumentace**, představuje zajištění všech administrativních činností, při posuzování zdravotního stavu a vedení osobního spisu opatrovance.

Kontrolu výkonu funkce veřejného opatrovníka vykonává především pravidelně příslušný soud, dále také v určitých situacích krajský úřad, správní úřady, veřejný ochránce práv a opatrovnická rada, je-li ustanovena (MVČR, 2015).

Důležitým aspektem při výkonu funkce opatrovníka kromě výše popsaného je vzájemný vztah a dodržování základních povinností, tak jak to popisuje § 466 OZ: „K povinností opatrovníka náleží udržovat s opatrovancem vhodným způsobem a v potřebném rozsahu pravidelné spojení, projevovat o opatrovance skutečný zájem, jakož i dbát o jeho zdravotní stav a starat se o naplnění opatrovancových práv a chránit jeho zájmy“. A v navazujícím § 467 je také uloženo opatrovníkům dbát, aby nebyl v rozporu se schopnostmi způsob opatrovancova života a aby: „nelze-li tomu rozumně odporovat, odpovídal i zvláštním opatrovancovým představám a přáním“. Především naplňuje jeho právní prohlášení, respektuje a přihlíží k jeho názorům a v souladu s nimi pak obstarává jeho záležitosti, postupuje vždy podle jeho zájmů (Česko, 2012).

S účinností od 1.7.2017 je nově pro výkon funkce veřejného opatrovníka povinností vykonat zkoušku zvláštní odborné způsobilosti, a to v souladu s vyhláškou č. 173/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 512/2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků, ve znění pozdějších předpisů. Úředníci jsou povinni se zkouškou prokázat do 18 měsíců od nabytí této vyhlášky, na starosty obcí se tato povinnost nevztahuje (Česko, 2017).

Shrnutí úvodní kapitoly

Úvodní kapitola vymezuje svéprávnost, což je způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem, tedy takzvaně právně jednat. K omezení této svéprávnosti soud přistoupí jen v zájmu člověka s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti a svým rozhodnutím o omezení svéprávnosti jmenuje opatrovníka. Pokud nenalezne vhodnou osobu, jmenuje opatrovníka veřejného, a to i bez souhlasu. Jako veřejný opatrovník figuruje nebo se rozumí obec, kterou dle platné legislativy zastupuje starosta, ten může pověřit k výkonu opatrovnictví osobu zařazenou do obecního úřadu. Podstatné však je, že musí dodržovat základní povinnosti, jak mu ukládá legislativa.

2. Mentální postižení

Druhou určující oblastí v předmětu mé bakalářské práce je mentální postižení u osob, jež právě jsou omezeny ve svéprávnosti, jak bylo v první kapitole podrobně popsáno. Jelikož jsem pracovala jako veřejný opatrovník s osobami s mentálním postižením, stanovila jsem si okruh u opatrovaných jen s tímto handicapem. V této kapitole proto blíže představím definice, jednotlivé klasifikace postižení a zejména charakteristické odlišné znaky. Důležitým popisovaným faktorem je socializace, edukace, ale také v poslední době hojně diskutovaná inkluze osob s tímto druhem postižení.

2.1 Definice a stupně mentálního postižení

Pojem mentální retardace je složen z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit), doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli nebo duševního vývoje“. V praxi se používají pojmy mentální retardace, ale především mentální postižení (dále v textu i MP). Mentální retardace se spíše používá v odborné literatuře i v mezinárodních klasifikačních systémech a Milan Valenta (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 30 - 31) ji vymezil jako *„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností a prenatalní, perinatální i časově postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince“*. Pojem mentální postižení popisuje spíše jako *„širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního, popř. psychosociálního charakteru.“* S ohledem na erudované rozlišení pojmů této psychické poruchy a zaměření této práce, budu používat výstižnější označení **mentální postižení** (vyjma odborných citací).

Marie Vágnerová (2014, s. 273) MP označuje krátce jako *„vrozené postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit“*. I přes stimulaci osoby, není schopen dosáhnout postižený daného intelektuálního vývoje. Projevuje se nedostatečným rozvojem řeči a myšlení, omezenou schopností učení a s tím související přizpůsobení se běžným životním podmínkám. Nesoulad vývoje schopností rozumových je provázán i s odlišnostmi ve struktuře samotné osobnosti. Postižení je vrozené a především trvalé, i když s ohledem na vhodné výchovné, výukové a terapeutické vlivy je možné určité zlepšení.

Jak uvádí Marie Vágnerová (2014) kritérium, které srovnává míru deficitu schopností s ostatní populací, je hodnocení inteligence. Kvantitativní hodnocení inteligence u mentálního postižení má hranici IQ 70, což odpovídá 70% kapacity průměru k ostatní populaci. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozdělila mentální retardaci do několika stupňů: (Vágnerová, 2014, s. 284 - 286).

Lehká mentální retardace IQ 50 - 70 (F70)

Lidé s tímto stupněm postižení dosáhnou v dospělosti uvažování maximálně úrovně dětí středního školního věku. Mohou však dosáhnout relativní samostatnosti, pracovně

se začlenit, ale s podporou a dohledem. Konkretizují řeč a myšlení, mluvený projev je jednodušší, používají krátké věty s nepřesnostmi. Chybí většina abstraktních pojmů, nezvládají hypotetické myšlení, ale základní logická pravidla jsou schopni pojmut a respektovat. Jsou schopni se učit v rámci stanovených limitů.

Středně těžká mentální retardace IQ 35 - 50 (F71)

V této kategorii se uvádí, že osoby jsou v dospělosti úrovně myšlení předškolního dítěte, problém je nerespektování logických pravidel. Verbální projevy chudší se špatnou artikulací, schází pojmy konkrétního charakteru. Po častém opakování je možno mechanickým podmiňováním zafixovat učené. Jsou schopni vykonávat jednoduché pracovní úkony, bez nároku na přesnost, rychlost. Za trvalého dohledu si osvojí jednoduché dovednosti a běžné návyky spíše v oblasti sebeobsluhy.

Těžká mentální retardace IQ 20 - 35 (F72)

Tyto osoby jsou závislé na péči jiných, chápou jen souvislosti na úrovni mladšího batolete. Osvojí si jen několik nepřesně artikulovaných slovních výrazů, omezení v oblasti řeči je citelné, někdy nemluví vůbec. Postižení bývá často kombinované v oblasti motoriky a jiných nemocí např. s epilepsií. Zvládají po dlouhodobém úsilí plnit některé pokyny nebo základní úkony sebeobsluhy.

Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20 (F73)

Absolutní závislost na péči ostatních, bez základů řeči a poznávacích schopností. Většinou se jedná o kombinované postižení, jsou schopni odlišit známé a neznámé podněty, reakce většinou jen kladná nebo záporná.

Milan Valenta (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 31) doplňuje výčet ještě o specifikace: (F78) Jiná mentální retardace a (F79) Nespecifikovaná mentální retardace.

V návaznosti na všeobecný humanizační trend popisuje Milan Valenta (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 29) iniciativy ve směru odborné terminologie, projevující se mimo ostatní i v tzv. demedicalizaci psychiatrie. Z odborné terminologie byly v této souvislosti vypuštěny výrazy jako debilita, idiocie, idioimbecilita, také pojmy nevzdělavatelnost a nevychovatelnost. Vymizelo také označení mentální defekt nebo mentálně retardovaný a doporučuje se užívat především **osoba s mentálním postižením**. Tento humanizační trend se odráží i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém kongresu v roce 1967 hovoří o tom, že člověk je na prvním místě především lidská bytost, a až na tom druhém je jeho postižení.

2.2 Dospělost a odlišnosti ve vývoji osob s mentálním postižením

Pojem dospělosti není vymezen jednoznačně, na úvod této kapitoly uvádím jednu z obecných definicí, která ji specifikuje: „*Za nejvýznamnější psychické znaky dospělosti lze považovat samostatnost, relativní svobodu vlastního rozhodování a chování, spojenou se zodpovědností ve vztahu k druhým lidem, se zodpovědností za svá rozhodnutí a činy.*“ (Vágnerová, 2000, s. 301)

Primárně je určena biologicky, ale na druhou stranu psychosociální vymezení dospělosti je individuální. Je spojeno s větší sebejistotou, sebedůvěrou, s vědomím vlastních sil a kompetencí. „*Důkazem dospělosti je také schopnost a ochota přijmout zodpovědnost, která z role dospělého vyplývá.*“ Projevuje se změnou v mnoha oblastech života: přechod závislosti od původní orientační rodiny, osamostatnění a díky tomu pozitivní změna vztahů s rodiči. Osamostatnění a přijetí nových sociálních rolí, chování, vyjasnění vztahu k hodnotám. Změna vztahu k lidem, symetrické vztahy s vrstevníky, orientace na párové soužití. Sexuální zralost jako nejdůležitější aspekt partnerského vztahu a potřeba reprodukce. Ekonomická samostatnost v rámci profesní role, která ovlivňuje identitu, jednak přispívá k seberealizaci a zbavuje závislosti na původní rodině (Vágnerová, 2000, s. 301 - 303).

Psychologická charakteristika jedince s mentálním postižením dle Marie Vágnerové (2014):

Za typický znak MP udává „*omezenější zvidavost a preference podnětového stereotypu*“ (Vágnerová, 2014, s. 276). Orientace i v běžném prostředí je náročnější, méně rozlišují významnost znaků objektů i situací. Jsou závislejší na zprostředkování informací jinými lidmi, svět se jim mnohdy může zdát nebezpečný. U myšlení je redukce v horizontu abstrakce, je spojeno pouze s realitou, s momentálním stavem, postižení nevyhodnocují podstatu. Absence nadhledu se v důsledku projevuje sníženou kritičností a snazší ovlivnitelností. Úroveň myšlení se odvíjí od stupně postižení, ovlivňuje jej dlouhodobé učení, byť je infantilní, projevují se v něm zpracované zkušenosti. Myšlení je svým způsobem stereotypní, rigidní, jednosměrné, s preferencí známého podnětu. Postoje bývají spíše pasivní, očekávající podporu, mnohdy až agresivní v případě nepochopení situace. Jako typický znatelný prvek je omezení flexibility. Schopnost učení je dle stupně postižení rovněž omezena, jednak nedostatkem porozumění, vliv má i nízká koncentrace pozornosti, vštípení a udržení poznatku. Je založeno na mechanickém a asociačním podtextu, potíže při nových situacích, typickým znakem je určitá poznávací pohodlnost. Reagují na materiální odměny, pochvalu, absence kognitivní motivace poznání (Vágnerová, 2014, s. 276 - 277).

Verbální schopnosti lidí s MP jsou odlišné komplexně, vše se odvíjí dle stupně postižení. Mají menší slovní zásobu, problémy s chápáním běžných sdělení, neznají ironii, žert, nadsázku. Nejvhodnější při komunikaci je užití jednoduchých konkrétních sdělení. Typická je jazyková necitlivost, časté agramatismy, nápadná je jednoduchost vyjádření, krátké výrazy, věty, někdy neúčelně stereotypně opakující se. Znatelná je méně přesná výslovnost. U jedinců se závažným postižením citelné problémy při absenci verbální komunikace s vyjadřováním pocitů, potřeb (Vágnerová, 2014, s. 278 - 279).

Odlišnosti i v oblasti emočního prožívání, mohou mít zvýšenou dráždivost, pohotovost k afektivním výbuchům či negativní náladě. Nedostatečná sebekontrola, neschopnost racionálního hodnocení, problémy v sebeovládání, můžou vést v chování zaměřenému na bezprostřední uspokojení a mnohdy nepřiměřené situace. Základní

psychické potřeby mají jako ostatní lidé, ale dle omezené rozumové kapacity je jejich saturace individuální, většinou závislá na jiných lidech (Vágnerová, 2014, s. 279).

Nápadným rysem chování je narušená schopnost porozumět platným normám a jejich podstatě. Díky odlišnému zpracování informací mají sklon k bezprostředním reakcím, při změně hrozí dezorientace a méně přijatelné chování. Neschopnost vyjádřit své aktuální pocity standardním způsobem mohou vést k subjektivním aktivitám. Způsobem uvažování je ovlivněno i sebepojetí, sebehodnocení neodpovídá realitě, bývá spíše nekritické a emocionální. „*Pozitivní sebehodnocení a z něho vyplývající očekávání je důležité i pro mentálně postižené, slouží jim jako základ pozitivní motivace*“ (Vágnerová, 2014, s. 281 - 283).

Závěrečný přehled determinantů určujících strukturu osobnosti většiny jedinců s mentálním postižením dle Milana Valenty a Oldřicha Müllera (2007, s. 42 - 43): Infantilnost osobnosti, neurastenické reakce a úzkosti, forma závislosti na rodičích, sugestibilita a rigidita chování, problémy v osobní identifikaci, v sebepojetí, nesrovnalost v psychosexuálním vývoji, nerovnováha aspirace a výkonu, intenzivní potřeby uspokojování a bezpečí, narušená komunikace a interpersonální vztahy, nízká přizpůsobivost ke školním, sociálním požadavkům, hyperaktivita nebo hypoaktivita, opožděná chápavost, citová vzrušivost, omezené schopnosti rozpoznávání, omezená kapacita mechanické i logické paměti, těkavá pozornost, porucha viziomotoriky a celkové pohybové koordinace.

Je podstatným faktem, že nejde jen o pouhé opožďování duševního vývoje, ale o neměnné strukturální vývojové změny kvalitativní. Nelze tedy osobu s mentálním postižením přirovnávat k mladšímu zdravému jedinci (Valenta, Müller, 2007, s. 42 a 43).

V minulosti převládal názor, že k osobám s mentálním postižením je třeba se chovat dle jejich mentálního věku ne fyzického. Proti tomuto faktu se v šedesátých letech zvedla vlna odporu a nové zásady vedly ke zlepšení postavení lidí s handicapem ve společnosti. K jedinci s mentálním postižením je sice v každém případě třeba přistupovat individuálně, ale přirozeně a přiměřeně k jeho věku (Selikowitz, 2005, s. 158).

U osob s mentálním postižením je potřeba s maximálním úsilím podporovat naplnění sociálních rolí, které jsou typické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Týká se to především zaměstnání, partnerského svazku, rodinného života, možnosti dalšího vzdělávání a hodnotného prožívání volného času. Nabídka služeb sociálního charakteru by měla pokrýt tyto potřeby, sledovat život osob s postižením a hledat možnosti, jak podporovat kvalitu jejich života ve všech oblastech. (Pipeková, 2006, s. 70 - 71).

Marie Vágnerová (2014, s. 296) v kontextu dospělosti také zdůrazňuje že tyto změny jsou spíše biologicky ovlivněny, vznikající sexuální potřeby mohou být komplikované, ať už s ohledem na příležitost uspokojení nebo neinformovanost v této oblasti. Může být saturována autostimulací nebo se projevit nápadností chování v neadekvátních

souvislostech. Tyto osoby mohou být také snadno manipulovány, zanedbávány, týrány či různým způsobem zneužívány.

Tři důležité role dospělosti: profesní, partnerskou a rodičovskou, je možné u osob s mentálním postižením dosáhnout s určitou podporou.

Jak uvádí Marie Vágnerová (2014, s. 298 - 299) pracovní aktivita je velmi vítaná, dávající motivaci a smysl životu - stimuluje a udržuje schopnosti, dovednosti a podporuje návyky. Měla by to být nenáročná činnost na senzomotorickou koordinaci a přesnost, v klidném prostředí s omezeným počtem kontaktů a nestandardních faktorů. Potřeba partnerství je velmi individuální a nemá standardní charakter, někdy je vázána na rodinné vazby nebo jen společné prožívání společných aktivit. Omezením je také možnost kontaktu, některá zařízení však už umožňují vést partnerský život. V každém případě je to pro osobu s tímto postižením zkušenost. Je však na místě regulovat rodičovství, protože s ohledem na potenciál nejsou schopni tito lidé adekvátně plnit rodičovské kompetence.

2.3 Socializace a inkluze osob s mentálním postižením

Oldřich Matoušek (2008, s. 193) ve svém „Slovníku sociální práce“ (dále jen i jako Slovník) uvádí všeobecně socializaci jako „proces utváření osobnosti člověka“, přičemž spočívá v osvojování si kultury a začleňování jedince do systému společenských vztahů a vazeb. Primární socializace probíhá v rodině nebo náhradním společenství a sekundární pak v institucích, které člověk navštěvuje (vzdělávací, výchovné a ostatní).

Na průběh socializace osob mají všeobecně vliv faktory vnitřní a vnější, což je u osob s mentálním postižením zkomplikováno primárním i sekundárním deficitem. V rámci vnitřních faktorů je stěžejním ohniskem v první řadě celková inteligence osoby, v druhé řadě osobnostní rysy a zvláštnosti vývoje jejich struktury, danou řadou činitelů genetických nebo získaných. A v návaznosti na tyto průvodní základy socializaci ovlivňují i faktory z okolí jedince tedy společenské podmínky pro život a realizaci nejrůznějších činností. Pokud chci tyto formující podmínky specifikovat, musím rozvinout výčet zainteresovaných institucí v rámci komplexní péče. Ke kvalitnímu naplňování socializace osob s mentálním postižením by měly primární instituce působit v těchto aspektech (Valenta, Müller, 2007, s. 203 - 205):

- zajišťovat společenskou podporu rodinám s osobou s mentálním postižením
- v případě potřeby zajišťovat náhradní rodinnou nebo sociální péči
- zabezpečit výchovu a vzdělávání, adekvátní profesní přípravu s ohledem na možnosti a schopnosti klienta
- umožnit pracovní uplatnění a smysluplné aktivity
- umožnit pobyt v samostatné domácnosti
- a zmenšovat potencionální překážky ze strany majoritní společnosti.

Marie Vágnerová (2014, s. 294 - 295) uvádí, že MP je spojeno s opožďováním v oblasti socializace. Děti s tímto postižením jsou více závislé na rodičích, nezvládnou si osvojit

všechny kompetence k samostatnosti. V tomto kontextu je i někdy negativní fixace matky s přesvědčením, že dítě její pomoc stále potřebuje a není schopno se osamostatnit. Klíčovou překážkou k samostatnosti je i omezený rozvoj komunikačních dovedností, projevující se nepřiměřenou asymetrickou interakcí mezi postiženým a zdravým jedincem. Postižení proto preferují spíše stereotypní sociální vztahy, upřednostňují kontakty s lidmi s přirozeným chováním, těžko pojmu podstatu nestandardních situací. Kromě primárního nedostatku inteligence je problémem i nedostatek zkušeností. Rozvoj těchto dovedností, základních norem chování a sociálních návyků může trvat déle. Důležitým prvkem socializace je zařazení do školy či jiného typu zařízení.

Speciální pedagogickou disciplínou, která se zabývá edukací osob s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumáním vlivů na tyto jedince, je psychopedie. Milan Valenta a Oldřich Müller (2007, s. 6) ji v širším pojetí specifikují jako interdisciplinární obor, věnující se prevenci, prognostiky mentálního postižení *„se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením.“*

Integrace má význam jako „sjednocení, spojení, scelení“, což se v současné pedagogické praxi rozumí vzdělávání jedinců s postižením v rámci skupiny s vrstevníky bez postižení. Je to zařazování žáků s různými druhy zdravotních postižení do „hlavního proudu vzdělávání“, tedy běžných školských zařízení (Švarcová, 2006, s. 132).

Samotný proces integrace souvisí s rozvojem osobnosti, zapojením subjektivních schopností člověka s MP, rozvinutím jeho daných kompenzačních mechanismů i s procesem učení. Dalo by se tedy shrnout, že integrace je jev multifunkční, který zahrnuje integraci osobnosti, ale zároveň kulturní, sociální, pedagogickou i profesně-pracovní. V této souvislosti není zanedbatelné, že kromě pozitivního začlenění do společnosti (na poli pracovním, edukačním, společenském), jsou i subjektivní aspekty, a to zejména naplnění potřeb seberealizace a sebeuspokojení (Valenta, Müller, 2007, s. 99).

Při integraci nejde jenom o vyrovnání možností a úpravu vztahu mezi „majoritou“ a „minoritou“ a jejich soužití, ale také o zprostředkování začlenění osob se zdravotním znevýhodněním do společnosti. Novější diskutovaná strategie sociální politiky je inkluze, což představuje zahrnutí, náležení k celku. Značí vztah rovnoprávný, ale také postoj, přístup, hodnotu. (Matoušek, 2005, s. 97)

Ve svém Slovníku pak Oldřich Matoušek (2008, s. 77) šířeji popisuje inkluzi jako postup a strategii, která předchází sociálnímu vylučování, jejímž cílem je zahrnout do společnosti jedince předtím vyloučené. A člověk zahrnutý do této společnosti, jí je přijímán a oceňován, a může podle svého uvážení pak participovat na společenském životě.

„Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení.“ (Slowík, 2007, s. 32)

2.4 Edukace a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Edukace dětí s mentálním postižením ve všech věkových kategoriích je vymezena legislativně v Zákoně č. 561/2004a Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále jen školský zákon) a vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Novela školského zákona: redefinuje žáka se speciálními vzdělávacími potřebami: namísto znevýhodnění, zdravotního postižení, statutu azylanta a sociálně znevýhodněného, je definován **žák s potřebou podpůrných opatření ve vzdělávání**. Nový termín – **žák s odlišnými životními podmínkami a z odlišného kulturního prostředí**, původně žáci se zdravotním znevýhodněním nebo postižením, případně statutu azylanta, nebo sociálně znevýhodněný.

Nečlení se dle původních diagnostických kategorií, ale hodnotíme jen potřebu úpravy podmínek pro vzdělávání (Česko, 2004a, 2005).

Všeobecně se dá shrnout rozdíl v těchto přístupech v pohledu na vzdělávání tak, že při integraci se přizpůsobuje dítě s omezením podmínkám školy, avšak při inkluzi se škola přizpůsobuje žákovi s různými druhy vzdělávacích potřeb a cílem je pak jeho adaptace.

Vzdělávání dítěte s mentálním postižením lze rozdělit dle školského zákona do čtyř oblastí:

Předškolní výchova - od 3 do 6 let věku, od 1.9.2017 povinnost předškolního vzdělávání. Povinnost zákonného zástupce dítěte přihlásit dítě k zápisu k předškolnímu vzdělávání, a to v kalendářním roce, ve kterém počíná povinnost předškolního vzdělávání dítěte, toto vzdělávání je bezplatné. Je možná alternativa individuálního plnění předškolního vzdělání. Povinnost předškolního vzdělávání se nevztahuje na děti s hlubokým mentálním postižením (Česko, 2004a).

Období povinné školní docházky - v ČR je stanovena na 9 let. Žák s mentálním postižením se může vzdělávat integrovaně v běžné spádové ZŠ. Ve speciální ZŠ se po deset let vzdělávají žáci se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením. Možnost i jiného způsobu plnění individuálního vzdělávání pro žáky s hlubokým mentálním postižením (Česko, 2004a).

Ve školním věku lze využít i systém speciálně pedagogických center, která především provádí depistáž, speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku dětí s mentálním postižením, ranou péči, poradenskou a metodickou činnost.

Střední vzdělávání - po splnění základní školní docházky. Jsou zřízeny pro žáky s mentálním postižením buď odborná učiliště - pro žáky ze ZŠ, učební plán 2-3 roky, nebo praktické školy pro ostatní, plán roční nebo dvouletý, zaměřené na praktické činnosti (Česko, 2004a).

Celoživotní vzdělávání - buď základní, nebo další vzdělávání. Základní je spíše doplnění vzdělání pro osoby, kterým v mládí nebyla povinnost školní docházky uložena. Další vzdělávání je systémem kurzů pro doplnění vzdělání a večerní školy. Kurz pro doplnění vzdělání pro osoby - pro získání základního vzdělání § 55 (Česko, 2004b) nebo kurzy k získání základů vzdělání poskytovaného základní školou speciální dle § 8 (Česko, 2005).

Večerní školy: pro absolventy ZŠ speciálních, praktických škol, zřizovatelem jsou často občanská sdružení, neřídí se vzdělávacími programy. Důležité jsou také volnočasové aktivity případně jakékoliv aktivizační činnosti.

Edukace dospělých jedinců s mentálním postižením je také širokou oblastí. „*Výchovu, vzdělání a rozvoj osob s mentálním postižením lze realizovat přiměřeně ke stupni a příčině defektu ve specializovaných institucích*“ (Fischer, Škoda, 2008, s. 105). Autoři dále konstatují, že za hlavní činitele ovlivňující edukaci a rozvoj osobnosti je považována rodina, škola a jednotlivé subjekty ve společnosti.

V rámci státní politiky zaměstnanosti jsou specifickou skupinou uchazečů o zaměstnání osoby se zdravotním postižením a je jim na trhu práce poskytována zvýšená ochrana. Pod tímto pojmem se rozumí fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidním v prvním, druhém nebo třetím stupni nebo je zdravotně znevýhodněná. Všechny podmínky upravuje Zákon č. 435/ 2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Nástrojem pro uplatnění osob se zdravotním postižením je **pracovní rehabilitace**, kterou řeší § 69 stejného zákona. Pracovní rehabilitace je „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené.*“ Zahrnuje zejména poradenskou činnost s ohledem na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, také teoretickou a praktickou přípravu a rovněž udržení zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti (Česko, 2004).

§ 72 stejného zákona také upravuje praktickou přípravu k práci, což je cílená činnost zaměřená na zapracování osob se zdravotním postižením pro vhodné pracovní místo a k získání potřebných dovedností a znalostí pro výkon tohoto zaměstnání. Příprava trvá 24 měsíců, a to na individuálně přizpůsobených pracovištích jejího zaměstnavatele nebo na chráněných pracovních místech, anebo ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, sdružení, církví a dalších právnických či fyzických osob (Česko, 2004).

Konkrétní podmínky chráněného pracovního místa upravuje § 75 uvedeného zákona. Jedná se o pracovní místo, jež na základě dohody s Úřadem práce zřídil zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením. Musí být touto osobou obsazeno po dobu 3 let a zaměstnavateli je na něj pak poskytován příspěvek (Česko, 2004).

Shrnutí druhé kapitoly

V této kapitole je popsáno mentální postižení a jeho individualita. MP je vrozené a trvalé, projevuje se nejen nízkou úrovní rozumových schopností, ale je to složitější

syndromatické postižení ovlivňující všechny složky osobnosti. U osob s mentálním postižením přináší celkové poškození neuropsychického vývoje jeho osobnosti škálu zvláštností od zdravého dospělého jedince. Díky tomu je předem dané, že míra a úroveň socializace u osob s jakýmkoliv postižením není identická, ale vyžaduje vyšší míru podpory a péče. Specifickou otázkou je také integrace nebo inkluze těchto znevýhodněných minorit do společnosti. Osobitá je i forma edukace osob s handicapem mentálního postižení, včetně jejich pracovního uplatnění.

3. Transformace pobytových sociálních služeb

Třetím velkým okruhem mé bakalářské práce je bližší popis problematiky transformace sociálních služeb. Nejprve uvedu sociální služby určené osobám s mentálním postižením a formy péče v kontextu klíčového Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2006). Pozornost také chci věnovat destruktivním dopadům ústavní péče. Naváží na proces přeměny těchto zařízení v sociální služby komunitního charakteru tzv. deinstitucionalizaci a její základní všeobecné charakteristiky.

3.1 Sociální služby a formy péče pro osoby s mentálním postižením

V úvodu této kapitoly je třeba nejprve vysvětlit základní pojmy používané a rozvíjené v dalším textu. Ve Slovníku Oldřich Matoušek (2008, s. 198) uvádí, že **sociální péče** spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru na základě společenské solidarity s cílem všestranného rozvoje jednotlivců. Do této oblasti spadá například poskytování peněžitých a věcných dávek, sociálně-právní ochrana, poradenská a výchovná péče, pečovatelská služba, ústavní péče, stravování, pracovní rehabilitace, kulturní a rekreační péče a mimořádné výhody pro vybrané skupiny obyvatel. Ti občané, kteří nejsou dostatečně zabezpečeni vlastním příjmem, popř. dávkami z pojištění, a kteří nemohou vlastními silami překonat tuto nepříznivou situaci, ať už s ohledem na vysoký věk nebo zdravotní stav, jsou cílovou skupinou sociální péče.

Základním odrazovým můstkem je rovněž vymezení pojmu **sociální služby** (dále lze i SocS), což Oldřich Matoušek (2008, s. 203) ve svém Slovníku deklaruje jako krátkodobé i dlouhodobé, zkrátka všechny služby, poskytované oprávněným uživatelům, a to s cílem zvýšení kvality klientova života, popř. i ochrany zájmu společnosti. Jejich opodstatněnost vymezuje speciálně Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále v textu i jen jako Zákon), který nazývá „*sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“. Relevantní je také uvést často používaný pojem **mentální postižení** a tento klíčový Zákon vymezuje zdravotní postižení jako „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (Česko, 2006).

Zákon vyčleňuje tyto tři základní typy poskytování sociálních služeb, a to služby pobytové, ambulantní a terénní. Přičemž **pobytové** zákon vymezuje jako služby, jež jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Opakem jsou **ambulantní**, jejíž součástí právě není ubytování, ale osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována za konkrétní sociální službou do sociálního zařízení. A poslední možností je poskytování sociální služby osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí,

tedy **terénní** forma. Sociální služby dle tohoto zákona zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Česko, 2006).

Zákon podrobně specifikuje všechna zařízení sociálních služeb, pro potřeby mé práce vymezím služby sociální péče, jež jsou určeny nebo využívány osobami s mentálním postižením.

Ustanovení § 38 Zákona služby sociální péče všeobecně charakterizuje jako pomáhající osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpory v přirozeném sociálním prostředí a umožnění nejvyšší možné míry aktivizace do běžného života ve společnosti, popř. zajistit důstojné prostředí a zacházení (Česko, 2006).

Terénní forma pomoci osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení je **osobní asistence**. Ustanovení § 39 Zákona sděluje, že služba je poskytována bez časového omezení, při činnostech a v přirozeném sociálním prostředí potřebné osoby. Jedná se o pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a zajištění chodu domácnosti. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, v neposlední řadě výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (Česko, 2006).

V § 40 daného Zákona je vymezena **pečovatelská služba**, která je buď terénní, nebo ambulantní a poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, popř. rodinám s dětmi ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb základní činnosti. Především pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, stravě nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, stravu, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Česko, 2006).

Větší nároky na samostatnost osob v oblasti hygieny a péči o vlastní osobu klade služba **podpora samostatného bydlení**, jež je poskytována dle ustanovení § 43 Zákona výhradně terénní formou. Určena je osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického či duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba zabezpečuje především pomoc při zajištění chodu domácnosti, dále výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, také sociálně terapeutické činnosti. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

Všechny formy péče terénní, ambulantní či pobytové dle § 44 Zákona nabízí **odlehčovací služby** pro osoby mající sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě potřebný odpočinek. Služba zabezpečuje široký rámec činností, a to pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, stravě nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským

prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a v případě pobytové služby i ubytování (Česko, 2006).

Další forma služby poskytována ambulantně jsou **centra denních služeb** popsána v § 45 Zákona. Určeny jsou osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, ať už z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Zabezpečí pomoc při osobní hygieně nebo podmínky pro osobní hygienu, stravu nebo pomoc při zajištění stravy, také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Z činností se jedná o výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Česko, 2006).

Dalším typem zařízení jsou stacionáře, zatímco **týdenní stacionář** (§ 47) je organizován jako bytová služba, **denní stacionář** (§ 46) má formu ambulantní. Oba druhy jsou určeny mimo jiné i osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby pravidelně. Obě služby zabezpečí stravu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro tuto hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační, vzdělávací a výchovné činnosti, rovněž činnosti sociálně terapeutické. Zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Ubytování může poskytnout ale jen pobytová forma tedy týdenní forma stacionáře (Česko, 2006).

Dle tohoto zákona se změnila ústava sociální péče na domovy pro osoby se zdravotním postižením, popř. denní nebo týdenní stacionáře. V § 48 Zákona je stanoveno, že osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc, mohou využít pobytovou službu **domova pro osoby se zdravotním postižením**. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při pravidelném zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytuje podmínky a pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti. Zabezpečuje také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

Důležitým bodem mého zájmu je služba **chráněné bydlení**, které v této bakalářské práci je klasickým zástupcem služeb komunitního charakteru. V § 51 Zákona je stanoveno, že má formu skupinového, popř. individuálního bydlení. Je to pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického či duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ubytování, stravu nebo pomoc při jejím zajištění, dále při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti. Důležitá je také pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

Služba sociální prevence (§ 53) napomáhá předcházení sociálnímu vyloučení osob a cílem služby je pomáhat při překonání nepříznivé sociální situace a před vznikem nežádoucích společenských jevů (Česko, 2006).

V kategorii služba sociální prevence je řazena **Raná péče** dle § 54 Zákona. Jedná se o terénní službu, popř. doplněnou ambulantně, určenou pro zdravotně postižené dítě popř. s ohroženým vývojem v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, do 7 let a jeho rodiče. Má podporovat rodinu a vývoj dítěte prostřednictvím výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, sociálně terapeutických činností, zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím a také pomáhat při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

V § 66 Zákona je dále zakotvena **sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením**, jež jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Jejich hlavním cílem je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, popř. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

V oblasti pracovní je pro osoby s mentálním postižením vhodnou možností ambulantní služba **sociálně terapeutické dílny** ustanovená v § 67 Zákona. Jejich účelem je pravidelná a dlouhodobá podpora při zdokonalování pracovních návyků a dovedností formou sociálně pracovní terapie. Je určena osobám se zdravotním postižením a sníženou soběstačností, díky čemuž nejsou umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Mohou pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, také poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění. Podstatným je však nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost a podobné činnosti napomáhající sociálnímu začlenění, dále podpora tvorby a zdokonalení dovedností a pracovních návyků (Česko, 2006).

3.2 Rizika ústavní péče podporující sociální vyloučení

Termínem „sociální vyloučení“ bývá většinou označena celkově podmíněná nedostatečná účast jedince, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti. Konkrétně oslabenou možnost přístupu ke vzdělání, zdraví, ochraně a základnímu blahobytu, které zajišťují společenské instituce. Může mít variabilní úroveň a měnit se v čase, příčiny jsou individuální či systémové. Prakticky to znamená fungování v chudobě, s omezenou účastí na trhu práce, přiměřeného vzdělání, bydlení a dostatečného příjmu, v izolaci či malé skupině podobných deprivovaných osob, pohybujících se separativně od společnosti, jak ve Slovníku popisuje Oldřich Matoušek (2008, s. 205). Pro potřeby Zákona se rozumí „sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“ (Česko, 2006).

Častým a v současnosti kritizovaným činitelem přispívajícím právě k podpoře sociálního vyloučení je ústavní péče. Oldřich Matoušek (2008, s. 239) ve Slovníku ústav či ústavní zařízení specifikuje jako instituci zabezpečující nepřetržitou péči spojenou se stravováním a ubytováním, jejímž výrazným rysem je velikost a lokalizace tzv. na okraji civilizace. A péči poskytovanou klientům profesionály v tomto zařízení nazývá ústavní péčí. Má několik podob a cílů, od náhradního domova až po komplex služeb, či represivní reakci společnosti na nepřijatelné chování. Pro níže popsána rizika je v současné době ve vyspělých zemích využívána jako nejzazší možnost, která by měla být klientům nabízena až po vyčerpání alternativních způsobů.

Oldřich Matoušek (1999, s. 17) v publikaci „Ústavní péče“ vysvětluje, že ústav se od pobytových zařízení liší tím, že v něm skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu lidí nějakým způsobem handicapovaných. Personál je zaměstnán jako v jiné obdobné organizaci, ale pro klienty je to dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Rozdílná očekávání jsou proto stěžejním dilematem ústavní péče, personál má klienty jako objekt výkonu práce a klienti chtějí být individuálními subjekty. Dále člení ústavní péči handicapovaných dle časových intervalů na klasický model při krátkodobém pobytu, dále rehabilitační při dlouhodobém pobytu a při trvalém pobytu nazývá model pečovatelský. A upozorňuje, že právě v tomto posledním typu hrozí naprosté podrobení klientů byrokratickému režimu ústavního řádu, jež může jejich handicap více umocnit.

Rizika ústavní péče pro její klienty vymezuje detailně Oldřich Matoušek (1999, s. 118 - 121) v těchto základních znacích:

Nejzávažnější rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu označuje tzv. **hospitalismus**, je to stav dobré adaptace na umělé podmínky a režim, dokonalé zázemí a zabezpečené služby, omezený počet obyvatel a prostor. Redukce motivačních podnětů pak snižuje zájem o dění, snižuje schopnost komunikace, navozuje regresi do ranějších vývojových etap, hledání náhradního uspokojení v jídle, spánku. **Homogenní uzavřený kolektiv** pak těžko koriguje individuální chování, násobí se interakce mezi klienty. Přirozená sexualita je utlumována, zvýrazňují se homosexuální vztahy, což zvláště u mladistvých může mít následky trvalé. Rovněž je nedostatečně podpořen rozvoj typické role daného pohlaví. Reakcí na stereotypní prostředí je **ponorková nemoc** bez možnosti úniku, která zvyšuje únavu a toleranci. Projevuje se v chování, lidé jsou vztahovační, agresivní, zvýšeně sugestibilní, přibývá obranných prvků, ubývá komunikačních kanálů, zvyšuje se význam osobního teritoria. Dalším stupněm v autoritativním uzavřeném kolektivu je **šikanování**, čímž se rozumí násilné chování klienta vůči klientům. Obětí jsou lidé nesebevědomí, slabí, odlišní, nemocní. Šikanují lidé, kteří se tomu často naučili už v mládí, v rodinách, v ústavech, je to jejich způsob, jak dosahovat vlastních cílů. Může se objevit situace, kdy i personál zneužívá své moci nad klienty k jejich trestání, ponižování, může si přivlastňovat výsledky jejich práce, trestat omezením stravy, popř. i sexuální zneužívání. Podstatnou daní za pobyt v ústavu je také **ztráta soukromí**. Ve větších ústavech je typické nucené sdílení malého prostoru s obyvateli, které si jedinec nevybírá. Je běžné omezení nakládání s finančními prostředky, vlastním oblečením, podřízení potřebám ostatních a omezení vlastních

aktivit. V **interakci mezi personálem a klienty** může dojít i k netradičním situacím, ať už se jedná o zamilovanost ze strany klientů. Nebo osobní vztah ze strany personálu, který je jakým si simulantem vlastního chybějícího soukromého vztahu. Citlivou otázkou je také erotický vztah mezi klienty, který může prostředí ústavu svou neložností a univerzálními předpisy narušit.

Vzhledem k všem nejen popsaným negativním vlivům se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Většinou se vyznačuje neochotou a neschopností se stýkat s lidmi bez podobného postižení.

Domov je místo, kde můžeme být sami sebou a nejméně dodržovat společenské konvence. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není. (Matoušek, 1999, s. 122-123)

Martin Bednář (2012, s. 12 - 13) také uvádí jako charakteristické znaky umístění ústavních zařízení do malých obcí, v okrajových částech měst nebo na samoty. Dalším příznačným prvkem je stereotypní architektonické řešení, centralizace služeb a nepřehlednost prostorů, bariérovost a nedostatek soukromého prostoru. Negativním faktorem ústavních institucí je též nehospodárnost a vysoké náklady na provoz, dále selekce dle typu postižení nebo určitá formalizace a byrokracie při praktických procesech.

Ve své publikaci „Zavřete ústavy pro mentálně postižené“ Karl Grunewald (QUIP, 2003, s. 4), uvádí, že již samotné prostředí ústavu vytváří takové handicap, které jedince poznamenají na celý život, jedná se zejména o narušení sociálního a citového vývoje. Člověku se naruší normální rozvoj citového života, pokud je uzavřen ve stereotypním jednopohlavním prostředí, navíc trpí-li omezením osobního života, samostatnosti a osobní integrity. Dochází i k opoždění sexuální vyspělosti, narušení a nedokonalému rozvoji samotné osobnosti, rozvoji jazyka a intelektu. Výzkum o dopadech života v ústavu bylo označení dvou nových pojmů: sociální deprivace a naučená bezmocnost.

Příčemž deprivací se rozumí strádání, nedostatečné uspokojování základních potřeb, v kontextu sociálním je to ztráta sociálních kontaktů (Hartl, 1996, s. 34).

Seligmanův pojem naučená bezmocnost označuje ztrátu kontroly nad vlastním životem, k níž dochází na základě opakující se zkušenosti s převládajícím vlivem jiné osoby, případně okolností, v níž se jedinec ocitl (Matoušek, 2008, s. 111).

Celou podkapitolu pak lze uzavřít tvrzením Pavla Čamského, Jana Sembdnera, Dagmar Krutilové (2011, s. 11) v tom smyslu, že systém sociálních služeb do roku 1989 klienty kategorizoval jako svěřence, obyvatele, ubytované „jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické reality“, čímž se průkazně posilovala institucionální povaha tzv. ústavního modelu, který své obyvatele stavěl do role svěřenců, o které je třeba pečovat a na které je nutné celoživotně působit prostřednictvím vzdělávacích, pracovních výchovných a jiných programů.

3.3 Transformace, deinstitucionalizace všeobecně

Slovo „instituce“ pochází z latinského „instituere“ (zařizovat, zřizovat). Oldřich Matoušek (2008, s. 78-79) ve Slovníku k němu mimo jiné uvádí, že dříve označovalo soubor procedurálních pravidel (zákonů, zvyklostí), později se začalo používat i ve významu formálního uspořádání sociálních vztahů (jako organizace typu ministerstva, podniku, ústavu atd.). Na to navazuje pojem „institucionalizace“ a ta je v tomto Slovníku popsána jako soubor negativních vlivů působících na osoby, jež dlouhodobě pobývají v uzavřených ústavních institucích. Tyto instituce člověka omezují prostorově, narušují jeho soukromí, sociální kontakty, omezují svobodnou volbu, mají podstatný vliv na chování a myšlení, snižují také způsobilost člověka k životu mimo zařízení. Za typický důsledek dlouhodobého pobytu se udává: syndrom ústavní závislosti.

Klíčovým pojmem mé práce, jež je opakem k tomuto vymezení, je „**deinstitucionalizace**“. Termín je používán v rámci sociálních služeb ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových služeb směrem k poskytování služeb, které se zaměřují na individuální podporu v přirozeném prostředí. Je to postupný proces vnímaný jako vymanění se z dlouhodobé komplexní péče poskytované ve velkých institucích a nově zaměřený na poskytování těchto služeb v rámci podpory života v komunitě. Tento proces je podstatně ovlivněn aplikací principů ochrany lidských práv v rámci sociálních služeb, a to speciálně právě pro osoby se zdravotním postižením. Dotýká se ho proces tvorby vzniku právních standardů kvality, potažmo aplikace klíčového zákona o sociálních službách (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12).

Pojem transformace sociálních služeb v České republice pak „*představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách*“. Je to tedy změna od institucionální péče ke službám komunitního typu jako např. podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnání atd. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12 - 13).

Milan Cháb (2004, s. 27 - 29) při rozjímání o deinstitucionalizaci uvádí, že v instituci je hlavní problém mocenský, pokud je někdo v nějaké instituci, má moc nad těmi, kteří jsou v její hierarchii pod ním. Je špatné, má-li někdo právo rozhodovat o osudech jiných, jenom proto, že se dostal na místo, kde tu možnost má. Pokud by měl klient na výběr ze služeb, měl právo volit, to je situace jiná, tehdy by si zvolil a jeho rozhodnutí by bylo respektováno. V tomto kontextu je právě klíčovým slovem osobnost, individualita, individuální přístup. Neexistuje nějaký komplexní návod na deinstitucionalizaci, každá z institucí má své podmínky, historii, je třeba hledat právě individuální cestu. Dnes je svěřenec organickou součástí instituce, která se o něho stará, je vždy stupněm její hierarchie na nejnižší úrovni. Podstatnou změnou je vyčlenění příjemce služby od organizace, která ji poskytuje. To by měla být proměna svěřence na obyvatele, občana, spoluobčana.

V podobném duchu je pojem vymezen na stránkách Národní centra podpory transformace sociálních služeb. A dále uvádí, že transformace sociálních služeb přispívá k začlenění lidí s různým znevýhodněním do života společnosti. S vymezenou podporou mohou pak tito lidé žít v běžných domácnostech, nést odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost tak, jak to praktikují jedinci mimo ústavy. Mohou chodit do zaměstnání, věnovat se zálibám nebo se stýkat s ostatními lidmi. Zařízení, která je oddělují od běžné společnosti a příležitostí, nejsou vhodnou formou jejich podpory. Další pojem, který se v této souvislosti využívá, je deinstitucionalizace tedy přechod od ústavní péče k podpoře poskytované v komunitě.

Toto širší pojetí pak zahrnuje změny, které se dějí, aby se předcházelo i další institucionalizaci lidí žijících do té doby ve své domácnosti, což jim umožní tam zůstat i nadále (TRASS, 2015a).

Dana Kořínková v brožuře „Překážky transformace ústavní péče“ o transformaci ústavní péče uvádí, že je míněna jako *„změna služeb umožňující lidem s postižením žijícím dosud v ústavu žít v běžných podmínkách za současného zlepšení kvality jejich života.“* Přičemž by se dalo shrnout, že cílem transformace je možnost, aby každý žil ve společnosti aktivně, jako její součást. Zvýšit kvalitu života lidí v ústavu na běžnou úroveň, dle ní možné není (QUIP, 2008, s. 2).

Milan Cháb (2004, s. 47) svou knihu ukončil touto vizí: *„Až budete mít chvíli, zkuste si představit svět bez ústavů, které ukrývají lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientovaní. Zkuste si představit svět, který všem lidem nabízí šanci být samozřejmou součástí společnosti: a těm, kteří sami nemohou být účastni občanského života, nabízí službu, právě takovou, aby náš člověk mohl dělat to, co je běžné pro jeho vrstevníky. Pokuste si představit ne svět neschopnosti a vyřazení, ale svět začlenění a příležitostí.“*

3.4 Proces transformace a deinstitucionalizace

Hlavním aktérem v procesu transformace a deinstitucionalizace služeb sociálních služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen jako MPSV) a v návaznosti na koncepční řešení kvality a dostupnosti sociálních služeb se systematicky věnuje jeho podpoře. Klíčové priority byly vymezeny v dokumentu: *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“*, který byl přijat dne 21.2.2007 usnesením vlády České republiky č. 127 (MPSV, 2017). Celý proces zaštiťuje a realizuje Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (dále také jako TRASS), které také zprostředkovává potřebné informace ke všem projektům:

1. krok: Na podporu této transformace MPSV realizovalo projekt **Podpora transformace sociálních služeb**, který pilotně ověřoval proces deinstitucionalizace. (Zapojení 32 zařízení z ČR, výstupem podrobné analýzy, ukončení rok 2013).

2. krok: Návaznost na pilotní projekt **Transformace sociálních služeb**. (40 zařízení, vzdělávací programy, konzultace, supervize, propagace, ukončení prosinec 2015).

Oba financovány z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost.

3. krok: Navazujícím je současný projekt **Život jako každý jiný** (Podpora krajů, obcí, systémové změny, podpora dalších aktérů procesu, období 2016-2019.) Financování projektu z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu zaměstnanost.

Proč deinstitucionalizace? (MPSV, 2013, s. 15 - 18)

Protože deinstitucionalizace vede ke zlepšení ochrany práv uživatelů služeb, umožňuje podporu rozvoje osobnosti a kompetencí uživatele služeb, vede k zvýšení účasti uživatelů služeb na běžném životě společnosti a umožňuje tím dosahovat nejlepší praxe sociálních služeb.

Dále podporuje zaměření na konkrétní potřeby a nezbytnou míru podpory, také napomáhá účelnějšímu využití prostředků pro sociální služby a rozvoji žádaných služeb.

Principy deinstitucionalizace (MPSV, 2013, s. 18 - 19)

- V každém okamžiku v průběhu deinstitucionalizace je nutné sledovat, zda změny směřují k začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života společnosti a zda jsou naplňována práva uživatelů sociálních služeb.
- Změny v průběhu deinstitucionalizace se týkají všech lidí, kteří jsou či budou uživateli sociálních služeb a je zajištěno bezpečí uživatelů sociálních služeb, zejména při rušení ústavních služeb.
- Rozhodování o deinstitucionalizaci se účastní všichni, jichž se týká, zejména pak uživatelé služeb a týká se všech oblastí života uživatelů sociálních služeb.
- Deinstitucionalizace je řízený proces, který je pravidelně vyhodnocován a jeho součástí je zvyšování povědomí veřejnosti.

Shrnutí třetí kapitoly

Kapitola je věnována představení zařízení sociálních služeb a sociální prevence, která využívají osoby s mentálním postižením. Podrobně jsou dále popsána rizika a negativní dopady pobytu svěřenců v ústavním zařízení na jejich život. Jedním ze základních kamenů mé práce je potom proces transformace, což je systém změn v poskytování sociálních služeb. A v tomto kontextu se používá pojem deinstitucionalizace, což je přechod od ústavní péče k podpoře poskytované v komunitě, iniciátorem tohoto dlouhodobého procesu je Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

4. Přejchod opatrovance z ústavní péče

Před samotnou praktickou realizací přechodu z ústavní péče do sociální služby komunitního charakteru je třeba s osobami systematicky dlouhodobě pracovat. V rámci této kapitoly, zabývající se determinanty ovlivňující samotný přechod, chci nejprve přiblížit popsat tyto oblasti podpory. Nezanedbatelná jsou také již specifikovaná rizika, která proces ovlivňují. A na závěr se chci věnovat všeobecně vymezení kvality života, s čímž souvisí i nároky na kvalitu sociální služby.

4.1 Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní

Častým pojmem používaným v souvislosti s přechodem uživatele je slovo podpora. Předehrou k průhlednosti této kapitoly je zásadní vymezení rozdílu poskytnutí pomoci (péče) versus podpory. Důležitým prvkem je člověk (nebo skupina), který v obou případech poskytuje pomoc druhému člověku za účelem uspokojení jeho potřeb, které není schopen zajistit vlastními silami. Při **péči** je patrné, že pečující osoba přebírá aktivitu a především zodpovědnost za „opečováného“, což je vizí tzv. ošetřovatelského pečovatelského přístupu. Při **podpoře** ale uživatel pomoci a podpory na naplnění potřeb aktivně spolupracuje, není výhradně příjemcem pasivním. Pomoc v tomto kontextu označujeme spíše jakou přímou asistenci při vykonávání konkrétních úkonů, zatímco podporou se označuje zejména psychická a organizační aktivita vůči uživateli, aby byl schopen vykonat úkony sám (TRASS, 2013c, s. 30).

Milan Cháb (2004, s. 5) také upozorňuje na rozdílnost v těchto pojmech a uvádí s odkazem na vlastní metodický materiál, že poskytování podpory na rozdíl od péče umožňuje „*dokonce i lidem s nejnaléhavějšími potřebami, aby mohli žít ve vlastních domovech*“.

Zatímco ústavní péči je věnována předcházející kapitola, pojem sociální služba komunitního charakteru zatím specifikován nebyl. Oldřich Matoušek (2008, s. 87) ve svém Slovníku přibližuje komunitní péči, jako poskytovanou buď v rámci komunity nebo poskytovanou jejími členy. První v pořadí je systém tvořený mozaikou státních a nestátních služeb, jež jsou běžně dostupné právě členům komunity. Nebo se jedná o obvykle svépomocnou činnost poskytovanou okolím (rodinou, sousedy, přáteli, neformálním společenstvím). Přičemž samotný výraz komunita je v tomto kontextu chápán jako „*společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě*“ (Matoušek, 2008, s. 85).

Pro konkrétní charakteristiku sociální služby komunitního charakteru použiji „Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace“, zpracovaná Národním centrem podpory transformace sociálních služeb (TRASS, 2016). Sociální službu komunitního charakteru vymezuje

jako SocS, která se zaměřuje na řešení nepříznivé sociální situace vzniklé v důsledku zdravotního postižení, a to v přirozeném prostředí člověka.

Formy poskytování mohou být ambulantní, terénní i pobytové. Přitom je zachován podtext určité vyhraněnosti soustředění s ostatními službami stejného charakteru, navíc u ambulantní a pobytové je omezena maximálním počtem uživatelů v jednom místě. Nesmí svým poskytováním prohlubovat sociální vyloučení, ale směřovat k využívání přirozených zdrojů z okolí, rozvoji uživatelových schopností a dále je podporovat, také přispívat k navazování a udržování obvyklých společenských rolí, vztahů (TRASS, 2016, s. 4).

Znaky sociální služby komunitního charakteru (pro všechny formy poskytování): je poskytována důsledně individuálně podle potřeb, přání a aspirací každého z uživatelů a každým svým prvkem přispívá ke společenskému začlenění: pomáhá uživatelům žít v komunitě běžným způsobem života s právy a povinnostmi, které má každý člověk (TRASS, 2016, s. 10).

Cíle SocS komunitního charakteru lze shrnout jako podpora udržování a rozvoje schopností, dovedností a odpovědnosti uživatele plynoucí k jeho samostatnosti, za předpokladu, že žije ve svém přirozeném prostředí, navazuje a udržuje běžné společenské vztahy a plní společenské role. Osvojí si obvyklé zdroje v rámci komunity, není závislý na jiných SocS, byť příležitost k jejich využívání má. Vždy ho podporuje individuálně, i v jeho rozhodování a úsilí o realizaci aktivit v rámci jeho životního stylu (TRASS, 2016, s. 10).

Proces transformace osob s mentálním postižením žijících v ústavní péči, je jistě zásadním mezníkem a podstatným zásahem do jejich stávajícího života, potažmo rozvoje. S ohledem na popsané charakteristické odlišnosti určující strukturu těchto osobností je relevantní harmonizovat všechny klíčové aspekty ovlivňující u nich praktický průběh tohoto procesu. Studii základních modelů podpory a zhodnocení zkušeností při transformaci – „Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní“, vydalo MPSV, jakožto hlavní aktér. V rámci dílčích cílů v procesu transformace studie například klade důraz na to, aby výsledek byl pro uživatele bezpečný, kvalitní a udržitelný, aby díky tomu dosáhl takových změn v životě, umožňujících mu vést důstojný život ve společnosti dle představ, přání a možností, neupírajících mu, se aktivně podílet na dalším rozhodování o sobě, podporách a službách vedoucích k dosažení životních cílů (MPSV, 2013b).

Z konkrétních úkolů v oblastech, které ovlivňují průběh procesu a přípravu transformovaných jedinců, studie uvádí: (MPSV, 2013b).

- Oblast informování uživatele o procesu transformace

Prvotní je zjištění, zda je jeho cílem odejít a případné motivace ke změně. Dále podání přehledné informace o možnosti využití procesu, ošetření jeho obav a objasnění praktického průběhu, popř. poskytnutí podpory při rozhodování. Přičemž klíčovým se jeví správné načasování, kvalitní příprava a zejména komplexní informovanost,

taktéž podpora a komunikace o reakcích, obavách, názorech během transformace (MPSV, 2013b, s. 12 - 13).

- Oblast zjišťování a vyhodnocování nezbytné míry podpory

Úkolem je zjistit a vyhodnotit, jakou míru podpory po jeho přechodu z ústavního do komunitního prostředí bude pro uživatele třeba zajišťovat a v konkrétně kterých oblastech života (MPSV, 2013b, s. 13 - 14).

- Oblast zplnomocňování uživatele

Striktní je posilování rozhodování o vlastním životě, dále aktivní účast uživatele na rozhodování o tom, kde, jak a s kým bude žít (MPSV, 2013b, s. 14 - 15).

- Oblast plánování přechodu uživatele

Důležitým bodem je vytvořený plán přechodu uživatele včetně stanovení rizik a způsobu jejich předcházení či řešení. Dále podpora uživatele v plánování dosažení vlastních cílů a dlouhodobé načasování do každodenních činností (MPSV, 2013b, s. 17 - 18).

- Oblast podpory a zvyšování samostatnosti a kompetencí člověka

Klíčovým cílem je zvýšení samostatnosti uživatele v každodenním životě. Pro přehled, jaké oblasti každodenního života se zkoumají, slouží dokument „Posuzování míry nezbytné podpory“, ten zahrnuje tyto klíčové oblasti:

1. Komunikace; 2. Péče o sebe; 3. Péče o domácnost; 4. Zdraví; 5. Bydliště a prostředí; 6. Bezpečí a rizika; 7. Vztahy; 8. Osobní uplatnění a spokojený život; 9. Finance a úřady; 10. Pravidla a povinnosti (MPSV, 2013b, s. 19 - 20).

- Oblast zapojení do komunity

Stěžejním cílem je možnost uživatele dopředu získávat zkušenosti s životem v komunitě a podporovat jej v zapojení do života této komunity a další společnosti. A to nejen v okolí stávajícího zařízení, ale i v budoucím bydlišti, včetně seznamování se s vhodnými zdroji v rámci komunity (MPSV, 2013b, s. 25 - 26).

- Oblast podpory při reálném stěhování

Aktivně zapojit uživatele do rozhodování o podobě bydlení, jeho úprav a zařízení, také zajištění podpory při praktických úkonech stěhování (MPSV, 2013b, s. 29).

4.2 Rizika v procesu transformace a deinstitucionalizace v sociálním kontextu

„Riziko je předpokládaný stav, u kterého nevíme, zda a v jakém rozsahu skutečně nastane, jedná se o určitý předpoklad vzniku překážky při realizaci procesu transformace.“ Tolik úvodní vsuvka z publikace „Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení“, jež byla vytvořena TRASS v rámci projektu MPSV (2013d, s. 8). Dle tohoto dokumentu jsou rizika v procesu rozvržena nejprve do kategorií: sociální, ekonomické, procesní a komunity. Tyto se dále dělí do tříd, vyjma ekonomických a procesních rizik.

Na úrovni tříd jsou analyzována pouze rizika komunitní, a to do tříd: vazba na region, vazba na stát a vazba na komunitu.

Stěžejním předmětem mé práce je však analýza a identifikace rizik v kategorii sociální, která je současně přirozeně nejpočetnější rizikovou skupinou.

Vzhledem k zaměření mé práce sleduji sociální rizika v procesu transformace, které tento dokument specifikuje v těchto třídách: (TRASS, 2013d, s. 37 - 40) **Rodinní příslušníci a blízké osoby** - jsou jedním z nejrizikovějších aspektů. Z nejbližšího okolí bylo vyhodnoceno především - nesouhlas rodin některých uživatelů s jejich stěhováním a větším osamostatněním. Další uváděná rizika souvisí s obavou z přechodu k novému poskytovateli či zvýšená nespokojenost rodiny se způsobem poskytování SocS.

Opatrovníci - jak analýza prokázala, někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů, popřípadě změni názor až v průběhu procesu.

Uživatelé jsou přirozeně jeden z nejpodstatnějších rizikových ukazatelů. Jako problém bylo analyzováno postupné zhoršování zdravotního stavu a zvyšování věku uživatelů nových služeb. Poskytovatel také nevhodně zvolí personální a materiální podmínky transformované služby u některých uživatelů. Za rizikové je také chápáno zneužití uživatele včetně možnosti zneužití jeho osobních dat nebo nedostatečné finanční zázemí. I ze strany uživatelů může dojít k odmítnutí účasti v tomto procesu.

Zaměstnanci - studie zaznamenala rizika v kontextu obav zaměstnanců z „nového“ nebo odporu vůči těmto změnám. Zaměstnanci také neví, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, nemají osvojeny právní normy ve vztahu k jejich práci (odpovědnost za klienta, za škodu). Problém je také vnímán v nepřesném odhadu možnosti/schopnosti svých uživatelů.

Vyšší a střední management byl rovněž analyzován jako jeden z determinantů, a to konkrétně při nedostatečném přizpůsobení zaměstnanců nově nastaveným pracovním podmínkám a rozporům v kolektivu ohledně transformace. Jak výše uvedeno, zhodnocení míry podpory neodpovídá reálným potřebám uživatelů. A také celospolečenský problém s nedostatkem kvalitních a profesně zdatných pracovníků pro poskytování přímé péče (TRASS, 2013d, s. 37 - 40).

4.3 Hodnocení kvality života a kvality sociální služby

Vymezení kvality života (dále i QOL) skýtá určitá úskalí. Dalo by se konstatovat, že synonymem ke kvalitě je jakost, hodnota. (Tokárová, 2002, s. 20 in Gurková, 2011, s. 21) ji vymezuje ve dvou významech, jako normativní kategorii tedy vyjádření úrovně vůči očekávání nebo všeobecný výraz k označení charakteristických činitelů objektu vůči ostatním. Není absolutní hodnotou, ale relativní kategorií, lze ji vyjádřit kvalitativně i kvantitativně a podléhá procesu hodnocení. V této práci se zaměřuji na kvalitu života opatrovance tedy individuální život jedince. Elena Gurková (2011, s. 22) uvádí, že v odborném jazyce se termín QOL udává jako popis pozitivních i negativních aspektů života. Hodnocení je založeno na porovnání individuálního života vůči

očekáváním nebo vůči danému standardu, normě. Ovšem koncept kvality života zahrnuje velkou škálu oblastí prožívání štěstí a naplňování životních cílů. Aktuálně sice proniká do řady vědních disciplín, ale doposud nebyla schválena všeobecně akceptovaná definice.

Ve Slovníku kvalitu života Oldřich Matoušek (2008, s. 92 - 93) popisuje jako komplexní kritérium používané pro hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, aktivity, nebo o jedno měřítko např. životní spokojenost. Kvantifikovat se dá buď komplexem hodnot, nebo jen jedním ukazatelem. Pro zjištění hodnocení se používají sebesupozovací škály, dotazníky, strukturované rozhovory nebo posouzení jinou osobou, což je i strategií mé práce.

Světová zdravotnická organizace (dále i WHO, 1996) definuje „kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k cílům, očekáváním, normám a obavám“. Ludmila Ludíková (2013, s. 10) k tomu dodává, že existují i další nepřehledné, ale ekvivalentní pojmy kvality života např. *well-being* - pocit pohody; *social well-being* - sociální pohoda; *social welfare* - sociální blahobyť; *human development* - lidský rozvoj; *happines* – štěstí; *satisfaction* - spokojenost.

Základní oblasti vystihující dimenze kvality lidského života dle WHO citované (Ludíková, 2013, s. 182).

Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (motivace versus únava, bolest, mobilita, relax, pracovní schopnosti, sebeobsluha, závislost, seberealizace apod.)
Psychické zdraví a duchovní stránka (sebehodnocení, myšlení, koncentrace, negativní či pozitivní pocity, učení, paměť, víra, spiritualita apod.)
Sociální vztahy (osobní vztahy, sexuální aktivity, sociální podpora apod.)
Prostředí (bezpečí, finanční zázemí, svoboda, domácí prostředí, nové příležitosti k získání vědomostí, dovedností, dostupnost zdravotní a sociální péče apod.)

Dalo by se tedy shrnout i s odkazem na úvahu (Stejskalová, 2010, in Ludíková, 2013, s. 182), že východiskem pro kvalitu života je pojetí člověka jako prvek v bio-psycho-sociálním systému. Důraz je kladen na komplexní pohled v několika stupních odrážející celkovou kvalitu života, a to především podstatnějším hlediskem je subjektivnost před objektivně měřitelnými atributy.

Ve stejném nádechu cituje Ludmila Ludíková (2013, s. 11) zdroj (Heřmanová, 2013, s. 416) jakožto jeden z konkrétních modelů kvality, a to „Čtyři kvality života“, ve kterém porovnává předpoklady a výsledky.

PŘEDPOKLADY (životní šance) ovlivňuje:

- **vnější kvalita**, což je charakteristika prostředí včetně společnosti nazvané komplexně jako **VHODNOST PROSTŘEDÍ** (životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň).

- **vnitřní kvalita**, což je charakteristika individuality nazvané **ŽIVOTASCHOPNOST JEDINCE** (psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost).

VÝSLEDKY (životní výsledky) ovlivňuje:

- **vnější kvalita**, charakterizována jako vyšší hodnoty než přežití, tedy užitečnost člověka pro blízké okolí, společnost a lidstvo, nazvané jako UŽITEČNOST ŽIVOTA.
- **vnitřní kvalita**, značící subjektivní pohodu, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti, nazvané jako VLASTNÍ HODNOCENÍ ŽIVOTA.

Tento model, dle mého velmi dobře rozvržený, reflektuje aktuální trendy v oblasti kvality života. Přičemž podstatná je samozřejmě interpretace do dvojí roviny, a to: **objektivní** (souhrn indikátorů objektivních, společenských, ekonomických apod.) nebo **subjektivní** (souhrn indikátorů subjektivních, osobní spokojenosti, pocity úspěchu apod.)

Tuto teorii ale ve vztahu ke konkrétní sociální službě cituje i Věra Malík Holasová (2014, s. 19), která ve své knize „Kvalita v sociální práci a v sociálních službách“, rovněž rozděluje prvky kvality na objektivní a subjektivní. Přičemž objektivní kvalita souvisí především s hodnocením poskytovatele služeb a subjektivní kvalita je výsledek hodnocení zákazníka (Cetlová, 2012, in Holasová, 2014, s. 19). Stejná publikace rozmělnuje potom kvalitu sociální služby na jednotlivé aspekty, které lze rozlišit následovně:

- **Orientace na produkt** (product-based), tedy samotný výsledek činnosti, a to věcný výrobek nebo v tomto případě především služba (Cetlová, 2012, in Holasová, 2014, s. 19), specificky její funkčnost a vlastnosti, což potažmo zahrnuje i profesní rovinu sociální práce.
- **Orientace na zákazníka** (user-based), tedy subjektivní názory, posouzení zákazníka než pohled na objektivní hledisko produkce. Osobní představy o kvalitě pak ovlivňují především faktory biologické (věk, pohlaví), sociální (vzdělání, zaměstnání), demografické (region, lokalita) a společenské (reklama, odborníci) (Plášková, 2007b, in Holasová, 2014, s. 20).
- **Orientace na dosažení předem stanovených požadavků** (standard-based), což představuje naplnění předem určených specifikací. V oblasti sociální práce se jedná především o závazný dokument „Standardy kvality sociálních služeb“ jež jsou i právním předpisem závazným od 1.1.2007. Jejich znění je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006a Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (Česko, 2006, 2006a).
- **Orientace na cenu** (price-based), je posouzení podle úrovně produktu a ceny, tedy kvalita za přijatelnou cenu.
- **Orientace na poskytovatele** (provider-based) čili určené požadavky na služby a kvalita služby pak ukazuje, jak těmto požadavkům poskytovatel vyhovuje, odráží se jeho konkurenceschopnost a nalezení výhod v jeho marketingové strategii. Tato oblast zahrnuje i hodnocení dobrého výkonu sociální práce v konkrétní situaci poskytovatele sociálních služeb (Bruhn, 2011, in Holasová, 2014, s. 21).

Primárním zdrojem, jenž ukotvuje v legislativě nároky na kvalitu sociálních služeb je především Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Zákon), jenž v § 88 definuje povinnosti poskytovatelů z těchto nároků vycházejících. A stejný zákon řeší následně i kontrolu této kvality, a to konkrétně v souladu s ustanovením § 97 až § 99. Prostřednictvím „Inspekce poskytování sociálních služeb“ je kvalita ověřována pomocí závazného souboru kritérií „Standardů kvality sociálních služeb“, jak výše uvedeno (Česko, 2006).

Kvalita sociální služby je jen okrajovým tématem v kontextu této bakalářské práce, souvisí pouze s ústředním motivem, a to individuálním vyhodnocením života opatrovance, který je jejím uživatelem. Pro závěrečné zhodnocení kvality sociální služby vybírám z definice kvality sociální služby MPSV, jejíž naplnění se odráží v jednotlivých nárocích výše uvedených profesních standardů kvality. Kvalitní sociální služba je taková, jež vychází z očekávání, nároků a osobních cílů klienta, za podmínky dodržení jeho osobních i lidských práv, dbající individuálních potřeb klienta, podporující jeho životní styl a usilující o zvýšení kvality jeho života. Služba podléhá pravidelnému vyhodnocení, podává klientům informace o možnosti podání stížností, umožňuje klientům využití běžných veřejných služeb a disponuje potřebným počtem erudovaných pracovníků v kontextu služby a disponuje vyškolenými odborníky, jež jsou schopni zabezpečit úroveň kvalitní sociální služby (Holasová, 2014, s. 20).

V rámci kvality sociální služby vstupuje do sociálního prostředí i osobnost sociálního pracovníka. Nároky na jeho výkon specifikuje stejný Zákon, který také stanovuje předpoklady pro výkon této funkce. Kromě způsobilosti k právním úkonům, bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti je podstatnou podmínkou i odborná způsobilost dle tohoto zákona. Odbornou způsobilost pak splňuje dle § 110 mimo jiné alternativy ukončeným vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním v bakalářském nebo navazujícím magisterském studiu ve studijních programech zaměřených na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, popř. speciální pedagogiku. Má také povinnost průběžně se vzdělávat a doplňovat svou kvalifikaci, jak ukládá § 111. Zákon pak specifikuje v § 109 konkrétní úkony sociálního pracovníka, kromě sociálních šetření zabezpečuje sociální agendy včetně sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, analytickou, koncepční, metodickou činnost v rámci sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících sociální prevenci, depistážní, krizovou pomoc, sociální rehabilitaci a poradenství (Česko, 2006). Osobnost sociálního pracovníka se pak prolíná v rámci této bakalářské práce ve dvou úrovních. Za prvé je sociální pracovník zaměstnanec zařízení a zapadá do nároku na kvalitu sociální služby užívané osobou s mentálním postižením. A za druhé figuruje v převážné většině ve funkci veřejného opatrovníka, což je zaměstnanec úřadu, který vykonává veřejné opatrovnictví na základě jmenování nezávislým soudem.

Shrnutí čtvrté kapitoly

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb vypracovalo kritéria pro sociální služby komunitního charakteru, jež je na úvod představena. Při přechodu uživatelů do této sociální služby je třeba věnovat velkou pozornost podpoře a přípravě transformovaných jedinců. Stěžejním bodem je komplexní informovanost uživatele, zhodnocení míry potřebné podpory a plánování konkrétních podmínek přechodu. Podstatným úkolem je také dlouhodobé posilování kompetencí při rozhodování a zvyšování samostatnosti v každodenním životě uživatelů. V rámci procesu transformace je totiž eliminována řada rizik spojená právě s realizací přechodu uživatelů z ústavní péče do komunity. Součástí mé práce je hodnocení kvality života, což je pojem sice objektivně měřitelný, ale podstatnější pro mou práci bude subjektivní pohled. Okrajově je v kapitole věnována i pozornost nárokům na samotnou kvalitu sociální služby potažmo sociálního pracovníka.

METODICKÁ ČÁST

5. Výzkumné otázky, dotazník, výběr vzorku

Při výkonu funkce veřejného opatrovníka jsem měla možnost konfrontovat různé až protichůdné názory sociálních pracovníků, opatrovníků, rodinných příslušníků, samotných opatrovanců na proces transformace, který podstatným způsobem zasahuje do života osob s mentálním postižením. Zatímco mé osobní zkušenosti byly velmi pozitivní, zaznamenala jsem postoje i zcela opačné. Tato rozpolcenost ve mně vyvolala určitou zvědavost a odhodlání se tématu hlouběji věnovat. To byl signál k tomu, ověřit si svůj postoj a pokusit se zjistit širší pohled na toto téma. Motivačním prvkem mé bakalářské práce je tedy **výzkumný problém**: Jak ovlivňuje transformace život osob s mentálním postižením?

V úvodní teoretické části bakalářské práce jsem se snažila představit klíčové determinanty, které utvářejí design výzkumu. Shromáždila jsem proto na úvod dostupné informace ohledně podstaty a výkonu funkce veřejného opatrovnictví. Právě názor veřejného opatrovníka bude tou základní informací, která ovlivňuje výsledek výzkumného šetření. Důležitý je také popis opatrovaných, a to konkrétně osob s mentálním postižením. Přibližuji jejich specifické charakteristické faktory osobnosti, krátce také edukaci, socializaci a inkluzi těchto osob do většinové společnosti. Podstatným nástrojem právě k jejich začlenění je proces transformace sociálních služeb, prostřednictvím kterého přechází tito handicapovaní z ústavních zařízení do sociálních služeb komunitního charakteru. Realizovaný přechod z ústavní péče do sociální služby komunitního typu je předmětem mého výzkumu, v kterém budu chtít mimo jiné dokázat, jakým způsobem ovlivnilo pak nové prostředí kvalitu života opatrovaných. Vybrala jsem pro svůj výzkum spolupráci s veřejnými opatrovníky. Zejména proto, že jsou na základě svých zkušeností a erudovaného přístupu schopni tuto změnu pozorovat, vyhodnotit a svůj názor formulovat, na rozdíl od omezených schopností osob s mentálním postižením. Předpokládám také, že by měli mít se svým svěřencem vybudovaný úzký vztah založený na sociální interakci.

Cílem bakalářské práce je srovnat, jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance s mentálním postižením proces, v rámci kterého přešel z velkého zařízení ústavní péče do menší komunity. Jakým způsobem se tato změna odrazila na jejich životě.

V dotazníkovém šetření se snažím zjistit i ostatní faktory nebo souvislosti ovlivňující tento proces, ať už v pozitivním či negativním směru včetně spolupráce všech aktérů. Podstatná je i otázka na zprostředkování názoru samotného opatrovance, na to, jak se v novém prostředí cítí. Přes pozitivní začlenění je třeba brát v úvahu i nevýhody či rizika komunitního života, což je také jednou z dotazníkových otázek. Závěrečný dotaz jsem potom zacílila jako názor veřejných opatrovníků na samotný proces transformace všeobecně.

Pro svůj výzkum jsem stanovila jako ústřední výzkumnou otázku: Jakým způsobem se změnila, dle veřejného opatrovníka, kvalita života opatrovance s mentálním postižením po přechodu z ústavního zařízení do sociální služby komunitního typu?

Dotazník je rozdělen do několika strategických částí, na základě těchto zvolených oblastí jsem si stanovila i vedlejší výzkumné otázky, které řeší další okolnosti a souvislosti přechodu opatrovance z ústavního režimu do komunitního.

Vedlejší výzkumná otázka č. 1: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance jeho připravenost na změnu, iniciativu a spolupráci aktérů v rámci procesu přechodu svých svěřenců z ústavního zařízení do menší komunity?

Vedlejší výzkumná otázka č. 2: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance realizovaný přechod? V jakých oblastech a jakým způsobem se řešily případné problémy?

Vedlejší výzkumná otázka č. 3: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého svěřence přínos této změny pro jeho život a co strategicky ovlivnilo pozitivní začlenění v novém prostředí?

Vedlejší výzkumná otázka č. 4: Zná veřejný opatrovník subjektivní pohled svého opatrovance na to, jak nové prostředí ovlivnilo kvalitu jeho života?

Vedlejší výzkumná otázka č. 5: Jaký postoj zauímají veřejní opatrovníci všeobecně k procesu transformace a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do komunitní?

V rámci výzkumu budu oslovovat veřejné opatrovníky, kteří byli k výkonu funkce jmenováni soudem (kapitola 1.3). Jedná se tedy o variantu opatrovnictví u osob, kterým nebyla nalezena jiná vhodná osoba, jež by tuto činnost vykonávala. Jako veřejný opatrovník figuruje obec dle pobytu opatrovance, tu zastupuje starosta, který může k výkonu této funkce dále pověřit (kapitola 1.3). Cílovou skupinu veřejných opatrovníků specifikuji tak, že zjišťuji názor veřejného opatrovníka, který **vykonává funkci u opatrovance s mentálním postižením, který přešel z ústavního zařízení do služby komunitního charakteru**. Toto určující vymezení značně snížilo počet potencionálních respondentů. V rámci oficiálního zdroje MVČR (2016, s. 39 - 40) bylo v České republice k 31.5.2016 celkem 10.799 opatrovanců. Tento počet je základní soubor neboli POPULACE, jež má být pozorován. Miroslav Disman (2002, s. 93) uvádí, že „*stěžejní úkol je najít postup, aby výsledky, které získáme na vzorku, byly co nejvíce podobné těm, které bychom získaly na celé populaci*“. Přičemž jako vzorek definuje „*skupinu jednotek, kterou skutečně pozorujeme*“.

Výběr vzorku jsem zaměřila na obce s větším počtem obyvatel, a to obce s rozšířenou působností III. typu a obce s pověřeným úřadem II. Typu, což není náhodný výběr, ale cílený. Jednak přirozeně s větším počtem obyvatel roste počet omezených ve svéprávnosti, a tedy pravděpodobnost většího počtu opatrovníků a současně na úřadech II a III. typu vykonává funkci opatrovníka většinou sociální pracovník. V rámci předvýzkumu jsem zjišťovala náročnost a strukturu dotazníku, který pro osoby bez zkušeností a vzdělání v sociálním oboru, pozbývá smyslu.

Prakticky jsem oslovila několik osobně známých starostů obcí I. typu, jež vykonávají funkci veřejného opatrovníka a dotazovala jsem se na srozumitelnost obsahu dotazníku. Vzhledem k velkému pracovnímu vytížení, nepřiměřenému vzdělání, nejsou většinou schopni adekvátně na tyto specifické otázky odborně reagovat, navíc v této souvislosti nemají k daným opatrovancům osobní vztah na úrovni sociální interakce. O výběru vzorku směřujícího pouze na obce II. a III. typu jsem se přesvědčila při osobním předvýzkumu na těchto nejbližších úřadech. Při kontaktu veřejných opatrovníků, kteří tuto činnost denně vykonávají, jsem se v rámci diskuse ubezpečila o smysluplnosti návrhu dotazníku a dle jejich podnětů dotazník následně upravila.

Miroslav Disman (2002, s. 97) dále uvádí, že *"s rostoucí velikostí vzorku se rozdíl mezi strukturou populace a vzorku zmenšuje"*. Svůj výzkumný vzorek jsem tedy vymezila územně, neboť s ohledem na počet nesvéprávných v populaci není opodstatněný náhodný výběr. Navíc jak uvádí Miroslav Disman u vzorku náhodného nejsme dopředu schopni odhadnout, na kolik se odlišuje od populace (2002, s. 98). Z celkového počtu 13 krajů jsem se zaměřila na čtyři kraje regionu Moravy a Slezska, a to konkrétně: Jihomoravský kraj (34 úřadů pověřených a s rozšířenou působností), Moravskoslezský kraj (30 úřadů pověřených a s rozšířenou působností), Olomoucký kraj (20 úřadů pověřených a s rozšířenou působností) a Zlínský kraj (25 úřadů pověřených a s rozšířenou působností). Což dle údajů (MVČR 2016, s. 67 - 78) bylo k 31.5.2016 celkem 3.783 opatrovanců (Jihomoravský 744, Moravskoslezský 1431, Olomoucký 874 a Zlínský 734 opatrovaných). Dalo by se tedy konstatovat, že výběr vzorku tvoří cca 1/3 z celkové skupiny veřejných opatrovníků. Vzhledem k tomu, že dotazník nebude rozesílán na obce I. typu, sníží se sice počet potenciaálně oslovených veřejných opatrovníků, ale poměr k celkové populaci zachován zůstane.

Vzhledem k obsáhlosti sledovaného vzorku jsem zvolila **kvantitativní metodu výzkumu**. A jako konkrétní techniku dotazník, který umožňuje v celku krátkém časovém úseku zjistit adekvátní reakce a konkrétní data u velkého počtu respondentů. Miroslav Disman (2002, s. 141) dále uvádí jako další pozitivní vlastnost techniky dotazníku nízké náklady, a také především přesvědčivost o anonymitě dotazovaných. Důležitá je také vysoká formální shodnost podnětových situací a následné zpracování. Na druhou stranu má vyšší nároky na ochotu spolupráce dotazovaných a kritickým bodem je nízká návratnost, díky níž může být pak snížena reprezentativnost vzorku.

Dotazník jsem sestavila sama, v průběhu práce formovala, návrh konzultovala v rámci předvýzkumu a cílovou podobu distribuovala směrem k veřejným opatrovníkům. Vzhledem k velkému území se jevílo jako nejvhodnější a nejrychlejší forma zprostředkování a distribuce dotazníku e-mailová komunikace. Dotazník jsem tedy elektronicky rozeslala na vedoucí sociálních odborů, popř. přímo sociální pracovníky vymezených uvedených obcí II. a III. typu a požádala o vyplnění.

V designu dotazníku jsem použila uzavřené nebo polouzavřené otázky. Uzavřené otázky dávají možnost výběru pouze z nabízených možností. Polouzavřené otázky jsou rozšířeny o variantu vlastní slovní specifikace či doplnění individuálních poznatků, názorů nebo možností v možnosti „jiné“.

Dotazník obsahuje celkem 18 otázek, z nichž otázky č. 1 až 4 jsou demografického významu, mapují věk, vzdělání a časové vymezení výkonu funkce a časový horizont realizace daného procesu. Otázky č. 5 až 9 se týkají přípravy procesu, iniciativy, spolupráce a připravenosti opatrovance na tuto změnu. V otázce č. 10 až 12 je celkové hodnocení procesu, specifikace problémů, které se vyskytly a způsob řešení. Tyto otázky nebyly povinné a odpovídali jen opatrovníci, jež v rámci tohoto procesu zaznamenali problémy. Navíc v případě možnosti, že jejich svěřenec nezůstal v novém prostředí sociální služby komunitního typu, nemohli vyplnit navazující otázky č. 13 až 17 a dle instrukcí v dotazníku odpovídali už jen na poslední otázku č. 18, jež byla vyznačena jako povinná. Na stěžejní otázky č. 13 až 17 odpovídali tedy jen opatrovníci, jejichž svěřenec nadále zůstal v nové komunitě. Otázky č. 13 až 15 řešily názor opatrovníků v kontextu přínosu změny kvality života pro svého opatrovance a co strategicky ovlivnilo toto začlenění. Otázka č. 16 je zaměřena naopak na nevýhody či rizika v novém prostředí a klíčová otázka č. 17 zprostředkovává osobní postoj opatrovance k této změně. Poslední otázka č. 18 byla směřována na osobní postoj opatrovníků na transformaci v návaznosti svých zkušeností s tímto procesem. Sběr dat se uskutečnil na přelomu měsíce února a března.

Shrnutí páté kapitoly

V této kapitole jsem popsala výzkumný problém, cíl práce a stanovila ústřední výzkumnou otázku. Analýza v další kapitole je rozdělena do několika klíčových částí a ke každé oblasti zkoumání je stanovena samostatná vedlejší výzkumná otázka a k ní předpoklad. Výběr vzorku je popsán v této kapitole, jedná se o čtyři kraje v rámci republiky. Realizace výzkumu je prostřednictvím kvantitativní metody, šetření je zabezpečeno prostřednictvím dotazníku. Ten byl rozeslán na přelomu února a března na obce II. a III. typu prostřednictvím e-mailové komunikace.

EMPIRICKÁ ČÁST

Finální fází v mém výzkumu je analýza dat a vyhodnocení údajů z dotazníků. V průběhu zpracování teoretického podkladu pro výzkum bylo třeba shromáždit potřebné informace, jež vedou k představení co nejvíce atributů v rámci hlavního výzkumného problému. Výzkumným problémem je transformace sociálních služeb, konkrétně jakým způsobem ovlivňuje život osob s mentálním postižením. Úroveň a pohledů ke zkoumání tohoto procesu v souvislosti s osobami se zdravotním postižením je na výběr určitě mnoho. Já jsem v rámci mé oblíbené cílové skupiny osob s mentálním postižením zvolila na základě osobních zkušeností pohled veřejného opatrovníka. Prostřednictvím odpovědí v dotaznících bylo hlavním cílem práce srovnat, jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance s mentálním postižením tento proces, v kterém přešel směrem z ústavního zařízení do menší komunity. Byl pro něj přínosem, odrazila se změna na kvalitě jeho života?

Vzhledem ke struktuře dotazníku bylo pak možno specifikovat více výzkumných otázek a zjistit o diskutovaném procesu i jiné zajímavé souvislosti. V úvodní části dotazníku jsou zodpovězeny spíše demografické údaje.

V první strategické části, otázky č. 5 až 9 jsou řazeny dotazy na přípravu procesu, a to konkrétně původní postoj opatrovníka, iniciativa v procesu, názor na připravenost, vnímané slabiny a spolupráce v rámci procesu. Celý tento blok jsem uvedla vedlejší výzkumnou otázkou: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance jeho připravenost na změnu, iniciativu a spolupráci aktérů v rámci procesu přechodu svých svěřenců z ústavního zařízení do menší komunity?

V druhém krátkém bloku je předmětem zkoumání zhodnocení již realizovaného avizovaného přechodu, pak specifikace vyskytlých problémů a jejich řešení. Tyto nepovinné otázky byly řazeny pod číslem 10 až 12 a odpovídali spíše opatrovníci, kteří v procesu tyto problémy zaznamenali. Pro tuto část dotazníku jsem stanovila výzkumnou otázku: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance realizovaný přechod? V jakých oblastech a jakým způsobem se řešily případné problémy?

V klíčovém bloku od otázky č. 13 až 16 je potom ústředním motivem právě zhodnocení přínosu realizovaného přechodu a názor opatrovníka na jeho přínos pro život opatrovaného, v čem konkrétně se změnila kvalita jeho života a které faktory adaptaci v novém prostředí strategicky ovlivnily. Přes pozitivní začlenění je možno vnímat určité obavy či rizika v novém prostředí, a proto jsem zařadila i otázku na specifikaci těchto obávaných oblastí. Pro tuto klíčovou část dotazníku jsem zvolila výzkumnou otázku: Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance přínos této změny pro jeho život a co strategicky ovlivnilo pozitivní začlenění v novém prostředí?

Podstatnou otázkou v rámci výzkumu je subjektivní pohled, jak okrajově uvádí kapitola 4.3. Veřejní opatrovníci, kteří udržují se svým opatrovaným aktivní spolupráci, by měli názor nebo pocity svého opatrovance vnímat a umět prezentovat. Stěžejní otázkou v této krátké části je tedy dotaz na názor samotného opatrovaného, jak cítí přínosnost změny prostředí pro svůj život.

Výzkumná otázka k této části je formulována: Zná veřejný opatrovník subjektivní pohled svého opatrovance na to, jak nové prostředí ovlivnilo kvalitu jeho života?

Závěrečnou otázkou č. 18 v dotazníku je všeobecný názor veřejných opatrovníků na proces transformace, díky kterému přechází i osoby s mentálním postižením z velkých zařízení do menších komunitních. A vzhledem k všeobecnému rozhledu a profesním zkušenostem je názor veřejných opatrovníků určitě zajímavým předmětem k diskusi. Ve finální části výzkumu jsem zvolila jako poslední výzkumnou otázku: Jaký postoj zaujímají veřejní opatrovníci všeobecně k procesu transformace a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do komunitní?

V rámci analýzy, která je rozdělena na tyto popsané celky je vždy zvolena výzkumná otázka a k ní vložen očekávaný předpoklad odpovědí. Zjištěná data z dotazníkového šetření jsou pak přehledně prezentována tabulkami a doplněna slovním komentářem. V rámci závěrečného shrnutí kapitoly jsou pak jednotlivé předpoklady z analýzy porovnány a vyhodnoceny.

6. Analýza dat a interpretace dotazníkového šetření

S počtem vyplněných dotazníků se postupně formoval souhrn jednotlivých zadaných otázek k tématu. Opatrovníci pro své postoje využívali zadané možnosti, ale také individuální slovní doplnění. Odpovědi na některé již od začátku signalizovaly převažující postoj ke klíčovým otázkám, ve většině případů k mému očekávání. Celkem bylo vyplněno a odesláno elektronicky do aplikace 38 dotazníků (n=38) vyjma nepovinných otázek. Tento výzkumný vzorek je považován pro přepočít jako 100 %. Finální fází mého výzkumu je tedy interpretace a analýza sesbíraných dat prostřednictvím dotazníkového šetření.

6.1 Sociodemografická úvodní část dotazníku

Muž nebo žena?

Klasickou úvodní otázkou většiny dotazníků jsou demografické údaje, tento dotazník startuje údajem o pohlaví. V rámci sociologického genderového průzkumu lze jednoznačně zhodnotit, že funkci veřejných opatrovníků na obcích II. a III. typu vykonávají v drtivé většině ženy. Byť s ohledem na polemiku o ochotě spolupráce ze strany mužů k vyplnění dotazníku, na základě sesbíraných dat mohu konstatovat, že tato funkce je genderově nevyvážená, neboť z celkového počtu doručených 38 odpovědí bylo **37 od žen** a jen **1 od muže**.

Následnou otázkou, jež zjišťuje spíše demografické údaje, veřejní opatrovníci odpovídali na dotaz ohledně svého vzdělání.

Tabulka č. 1

Nejvyšší dosažené vzdělání veřejných opatrovníků (n=38).

Vzdělání opatrovníků	počet	%
střední bez maturity	-	-
střední odborné s maturitou	6	15,8
vyšší odborné	2	5,3
bakalářské	18	47,4
magisterské, inženýrské	11	28,9
vyšší kvalifikace	-	-
jiné	1	2,6

Početnou skupinou byli opatrovníci s bakalářským, magisterským a inženýrským vzděláním. Tento jev je přirozenou reakcí na ustanovení § 110, odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který podmiňuje odbornou způsobilost pro výkon sociálního pracovníka (kapitola 4.3). A jak výše

uvedeno na obcích II. a III. typu vykonávají funkci veřejného opatrovníka většinou sociální pracovníci na základě příslušného pověření.

V řádku „jiné“ uvedl jeden z respondentů – „Zkouška zvláštní odborné způsobilosti v oboru opatrovnictví“. Rovněž zákonná podmínka pro výkon funkce opatrovníka, jak uvádí kapitola 1.3.

Další demografickou otázkou byl dotaz na dobu, po kterou je nebo byla vykonávána funkce veřejného opatrovníka u daného opatrovance respondentem.

Tabulka č. 2

Jak dlouho je vykonáváno veřejné opatrovnictví u daného opatrovance (n=38).

Výkon opatrovnictví	počet	%
méně než jeden rok	1	2,6
asi jeden až tři roky	13	34,2
asi tři až pět let	5	13,2
více než pět let	19	50

S ohledem na uvedené vyhodnocení by se dalo konstatovat, že vzájemný vztah mezi opatrovanci a veřejnými opatrovníky je dlouhodobějšího rázu, a je tedy předpokladem k objektivnímu posouzení přínosu této důležité změny v životě opatrovaného. Na druhou stranu s ohledem na charakteristické rysy osobnosti člověka s mentálním postižením (kapitola 2.2) je pozitivní i zjištění, že pravděpodobně nedochází v krátkých časových horizontech k fluktuaci blízkých osob v rámci sociálních vztahů opatrovaných.

Tabulka č. 3

V jakém časovém horizontu přešel opatrovanec z ústavní péče do komunitní (n=38).

Přechod opatrovaného	počet	%
aktuálně v průběhu jednoho kalendářního roku	2	5,3
je to cca 1-3 roky	14	36,8
je to více než 3 roky	12	31,6
je to více než 5 let	10	26,3

Odpovědi na tyto otázky slouží k potvrzení informace o tom, že veřejný opatrovník má na základě dostatečně dlouhého časového pásma potřebný prostor k erudovanému pozorování a následného zhodnocení popisované změny u svého svěřence.

6.2 Přípravenost opatrovance na změnu, iniciativa a spolupráce aktérů

V této kapitole byla stanovena vedlejší výzkumná otázka:

Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance jeho připravenost na změnu, iniciativu a spolupráci aktérů v rámci procesu přechodu svých svěřenců z ústavního zařízení do menší komunity.

Předpoklad:

Opatrovanec byl na změnu připravován, veřejní opatrovníci cítí určité obavy v některých oblastech osobnosti i nedostatky v procesu přípravy. Spolupráci aktérů hodnotí pozitivně a iniciativa k přechodu opatrovanců je patrná ze strany státu v rámci transformace.

V tomto bloku je řazeno několik otázek, které zkoumají připravenost opatrovaného na změnu a ostatní souvislosti před samotným přechodem. S tím souvisí i důležitý subjektivní názor samotného opatrovníka k této situaci, jaký postoj k tomu zaujímal.

Tabulka č. 4

Původní postoj opatrovníka k připravované změně prostředí opatrovance (n=38).

Původní postoj opatrovníka ke změně	počet	%
jednoznačně jsem změnu podporoval(a)	6	15,8
podporoval(a) jsem, ale pociťoval(a) jsem menší obavy	17	44,8
podporoval(a) jsem, ale měl(a) jsem k tomu určité výhrady	11	28,9
spíše jsem nesouhlasil(a), ale přizpůsobil(a) jsem se situaci	4	10,5
znatelně jsem nesouhlasil(a), ale okolnosti mě přesvědčily	-	-

Je mi myslím pozitivní zjištění, že žádný z mých respondentů nezaznamenal možnost-znatelně jsem nesouhlasil(a), ale okolnosti mě přesvědčily. Je to tedy opačný jev k uváděným údajům v kapitole 4.2, kde je jako jedno ze zaznamenaných rizik transformace v sociálním kontextu vyhodnoceno, že „někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů“

Byla zjišťována největší aktivita v procesu přechodu z ústavní péče do komunity z řad jednotlivých aktérů. V souhrnu byly patrné tyto informace:

Tabulka č. 5**Největší iniciátor přechodu opatrovance z ústavní péče do menší komunity (n=38).**

Iniciativa v procesu přechodu	počet	%
samotný opatrovanec	6	15,8
jeho rodina, popř. nejbližší známí	-	-
zařízení ústavní péče, kde bydlel	15	39,5
já, jako veřejný opatrovník	-	-
bylo to plánováno v rámci transformace	13	34,2
kombinace výše uvedených	4	10,5

Dalo by se tedy shrnout, že většina podnětů k přechodu přichází ze zařízení ústavní péče a v rámci transformace, což s ohledem na tyto rozsáhlé změny v oblasti sociální politiky je přirozenou reakcí. Je také pozitivní, že podnět vychází okrajově i od samotných opatrovaných, což já vnímám v souvislosti s osvětou a diskusí na toto téma jako přínosný jev.

Připravenost klienta na přechod z režimu ústavního do komunitního je velkým tématem k diskusi. S odkazem na kapitolu 4.1 i MPSV řeší tuto problematiku a uvádí hned několik okruhů této systematické práce. Při přechodu je to jeden z podstatných faktorů, který ovlivní úspěšný a bezproblémový vstup opatrovance do nového systému. Jeden z dotazů tedy záměrně směřoval k názoru opatrovníků na toto téma.

Tabulka č. 6**Názor opatrovníka na připravenost opatrovance k přechodu (n=38).**

Připravenost opatrovance k přechodu	počet	%
ano, jednoznačně, byl připravován, neměl(a) jsem obavy	6	15,8
byl připravován, ale nebyla(a) jsem zcela přesvědčen(a) o jeho možnostech	20	52,6
byl sice připravován, ale přípravu jsem vnímal(a) jako nedostatečnou	3	8
z mého pohledu přes přípravu nebyl adekvátně připraven na tuto změnu	4	10,5
z mého pohledu jeho osobnost a úroveň postižení nebyly v souladu s tímto záměrem	4	10,5
nedovedu posoudit	1	2,6

Je přirozené a také velmi individuální, že přes přípravu jsou ve hře determinanty, díky kterým tento proces opatrovníci vnímají jako negativní, ať už se jedná o úroveň postižení nebo nedostatečnou přípravu ze strany stávajícího zařízení. Důvody a okolnosti této nepřipravenosti však nebyly předmětem zkoumání a nelze je posuzovat.

Podstatným závěrem je zpětná vazba ve smyslu tom, že příprava opatrovanců v rámci ústavního režimu probíhá a je vnímána spíše pozitivně. Neboť jak výsledky ukazují, převážná většina dotázaných opatrovníků hodnotí přípravu na tento proces u svých svěřenců v kladném smyslu a pochybnosti se spíše vyskytují v kontextu možností osobnosti opatrovance.

Tabulka č. 7:

Obávané kompetence nebo slabiny opatrovaných v rámci přechodu (n=38).

(Opatrovníci mohli volit více možností nebo slovně doplnit.)

Oblasti, kompetence	počet	%
finanční gramotnost	16	42,1
možnost zneužití jeho osoby	18	47,4
pracovní dispozice	2	5,3
míra potřebné podpory a úroveň soběstačnosti	21	55,3
způsobilost k samostatnému rozhodování	16	42,1
schopnost adaptace na nové prostředí	14	36,8
sociální vztahy	12	31,6
zdravotní rizika	9	23,7
věk opatrovance	5	13,2
nevnímal(a) jsem slabiny a nedostatky	-	-
jiné	2	5,2

Dle předpokladu se v první řadě potýkají opatrovníci především s problémem potřebné míry podpory a úrovně soběstačnosti. Dalším stěžejním jevem je finanční gramotnost a s tím související možnost zneužití osoby opatrovaného. Tato možnost byla rovněž vnímána jako jedno ze sociálních rizik v rámci zpracovaného materiálu MPSV (2013d) ve věci transformace (kapitola 4.2). Upozornila bych také na faktor věk opatrovance. Neboť věk a zhoršující se zdravotní stav bylo vnímáno jako jedno z nejpodstatnějších rizik u opatrovanců v rámci přechodu (kapitola 4.2), proto byla tato možnost zařazena do dotazníku. Mí respondenti toto riziko však nevnímali jako jedno z nejpodstatnějších.

V možnosti „jiná“ byly specifikovány tyto rizikové faktory: „není schopen udržovat pořádek kolem sebe a dohled nad braním léků“ a „neschopnost naplánovat si smysl dne, neumí být sám bez programu“.

Na pozitivní přechod má vliv řada determinantů, které je možné hodnotit a zkoumat. Mým zkoumáním bylo potvrzeno, že spolupráce aktérů v rámci přechodu je vnímána

jako velmi pozitivní oblast. I přes případné nedostatky je iniciativa směřována k úspěšné realizaci.

Tabulka č. 8:

Názor veřejného opatrovníka na spolupráci aktérů v rámci přechodu (n=38).

Spolupráce aktérů při přechodu	počet	%
naprosto bezproblémová a vzájemně podporující	11	28,9
relativně dostatečná a fungující	12	31,6
vyhovující, negativní faktory se postupně upravily	9	23,7
byly patrné nedostatky	6	15,8

6.3 Hodnocení procesu přechodu, řešení případných problémů

V této kapitole byla stanovena vedlejší výzkumná otázka:

Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého opatrovance realizovaný přechod? V jakých oblastech a jakým způsobem se řešily případné problémy?

Předpoklad:

Veřejní opatrovníci hodnotí proces změny prostředí u svého opatrovance většinou pozitivně. Případné problémy se v rámci spolupráce stabilizují, budou však patrné nedostatky v rámci nedostatečně vyhodnocené míry podpory. Opatrovanec se většinou začlení s podporou do nové komunity. Vyskytne se nepatrné procento opatrovaných, jež se vrátí do původního zařízení.

Tato otázka navazuje na předcházející zkoumání a hodnotí celkově s odstupem času realizovaný přechod opatrovaného z režimu ústavního do komunitního.

Tabulka č. 9:

Zhodnocení průběhu procesu přechodu opatrovance (n=38).

Zhodnocení procesu přechodu opatrovance	počet	%
nezaznamenal(a) jsem žádné výraznější problémy a změna proběhla hladce	9	23,7
přes drobné obtíže, by se dalo říct, že změna proběhla kultivovaně	14	36,8
vyskytly se problémy, nedostatečnosti, které se v rámci spolupráce postupně řešily	13	34,2
opakovaně se vyskytovaly určité problémy a situace se nelepšila	2	5,3

Tabulka č. 10:**Zaznamenané problémy při procesu přechodu opatrovance (n=22).**

Otázka nebyla povinná, opatrovníci mohli volit více možností nebo slovně doplnit. Výsledek tohoto dotazu byl nesporně zajímavý, neboť v této a následující otázce odpovídali jen opatrovníci, kteří přechod vyhodnotili jako problémový. Problémy při adaptaci začlenili do těchto oblastí:

Problémové oblasti při přechodu	počet	%
finanční gramotnost	8	36,4
zneužívání jeho osoby	5	22,7
nesprávně vyhodnocená míra podpory a úroveň soběstačnosti	8	36,4
nesamostatnost při rozhodování	12	54,5
neschopnost adaptace na nové prostředí	5	22,7
sociální vztahy, společenské role	7	31,8
zdravotní rizika	4	18,2
nedostatečná připravenost na tuto změnu	5	22,7
špatné načasování zapojení do procesu	3	13,6

Veřejní opatrovníci vyhodnotili jako nejkritičtější oblast nesamostatnost při rozhodování, což je přirozené a v návaznosti na dlouholeté zkušenosti s ústavním režimem je u některých opatrovaných tato změna těžce zvladatelná. Následuje dle očekávání s tím související finanční gramotnost a nesprávně vyhodnocená míra podpory a úroveň soběstačnosti.

Na toto hodnocení opatrovníků potom navazuje otázka, která specifikuje konkrétní řešení problémové situace. Odpovídali však pouze respondenti, kteří zhodnotili proces negativně, Pokud opatrovníci nezaškrtili tuto nabízenou možnost a jejich svěřenec nezůstal v novém prostředí, tak nevyplňovali otázky č. 13 až 17. Poté svoji odpověď na dotazník zakončili jen finální 18. otázkou, jež byla opět povinná.

Tabulka č. 11:**Konkrétní řešení problémového přechodu opatrovance (n=21).**

Řešení problémového přechodu	Počet	%
opatrovanec v dané komunitě zůstal	15	71,4
opatrovanec se vrátil do svého předcházejícího zařízení ústavní péče	-	-

opatrovanec přešel do jiného typu zařízení	2	9,5
opatrovanec přešel do jiného typu zařízení	2	9,5
jiné	2	9,6

V možnosti „jiná“ uvedl jeden z respondentů „byla mu ukončena nájemní smlouva, problémy nastaly i v dalším bytě, dnes dlouhodobě hospitalizovaný v PN, zpět ho nechce žádná sociální služba“. A druhou samostatnou reakcí v rámci doplnění bylo „individuální přístup ze strany pracovníků, aktivity, vlastní pokoj v klidnější části budovy“.

6.4 Hodnocení přínosu pro život opatrovance a specifikace determinantů pozitivního začlenění

V této kapitole byla stanovena vedlejší výzkumná otázka:

Jak veřejní opatrovníci hodnotí u svého svěřence přínos této změny pro jeho život a co strategicky ovlivnilo pozitivní začlenění v novém prostředí?

Předpoklad:

Veřejní opatrovníci většinou hodnotí změnu prostředí jako přínosnou pro svého opatrovaného. Kvalita života se změnila dle jeho mínění především v rámci sociálních vztahů a možnosti vybudování rodinného zázemí a osobního teritoria. Strategicky pak pozitivní začlenění ovlivňuje osvojení návyků sebeobslužnosti a změna režimu.

Na otázky odpovídali opatrovníci, kterým jejich svěřenec v novém zařízení zůstal a v návaznosti na realizovaný přechod jsem chtěla znát nejprve názor opatrovníka na samotný přínos této změny prostředí pro jejich svěřence.

Tabulka č. 12:

Jak hodnotí opatrovník přínos změny prostředí pro opatrovaného (n=36).

Přínos změny prostředí	počet	%
velmi pozitivně, změna jeho osobnosti ve všech směrech prospěla	8	22,2
spíše pozitivně, dobře se adaptoval a začlenil	10	27,8
pozitivně, dostatečně se adaptoval	4	11,1
přes menší problémy se situace stabilizovala a režim zvládá	7	19,4
přes větší problémy se situace stabilizovala a s vyšší mírou podpory se postupně adaptoval	5	13,9
jiné	2	5,6

V rámci možnosti „jiná“ byly zaznamenány tyto individuální reakce: „v tomto případě se proces transformace absolutně nevydařil“ a „myslím, že některým jedincům je lépe v ústavní péči, konkrétně můj klient“.

Z hodnocení dotazníku vyplývá, že větší část jedinců se s popisovaným procesem vyrovnala v pozitivním smyslu, adaptace proběhla plynule a proces transformace tedy byl pro ně přijatelným. V každém případě i poměrná část problémových procesů nakonec vyústila ve stabilní situaci a díky větší spolupráci, pozornosti, vyšší míře individuální podpory se adaptace zdařila. Jak výše uvedeno objevily se okrajově názory spadající do kategorie neúspěšných procesů.

Jednou z klíčových otázek bylo zjištění, v čem konkrétně se změnila kvalita života u opatrovance v souvislosti s tímto přechodem z ústavní péče do sociální služby komunitního typu.

Tabulka č. 13:

Specifikace změny kvality života u daného opatrovance v novém prostředí (n=36).

(Opatrovníci mohli volit více možností nebo slovně doplnit).

Konkrétní změna kvality života opatrovance	počet	%
zdokonalil si povědomí o hospodaření, financích	9	25
je lépe schopen rozpoznat možnosti zneužití své osoby	2	5,6
je více zodpovědný za svá rozhodování, za svou osobu	9	25
vytvořil si osobní rodinné zázemí, teritorium a rodinné prostředí	15	41,7
vybudoval si nové sociální vztahy, vazby, upevnil společenské role	19	52,8
zlepšil se v komunikaci, získává rozhled	8	22,2
získává sociální návyky, zdokonaluje sebeobslužnost	24	66,7
pracovní uplatnění má vliv na jeho sebevědomí	10	27,8
změna měla vliv na dobrou psychickou kondici	8	22,2
jiné	2	5,6

Jednoznačně procentně nejvíce zastoupeno bylo vyjádření opatrovníků, že kvalita života opatrovance se změnila v úrovni získávání sociálních návyků a zdokonalení sebeobslužnosti. Což stvrzuje i další úspěšný faktor kvality, a to že si vybudoval nové sociální vztahy, vazby a potažmo osobní rodinné zázemí, což je také zahrnuto mezi podstatné sledované atributy kvality života (kapitola 4.3).

V rámci dotazu měly být shromážděny názory na přínosnost změny prostředí pro svěřence. Ale i v této části se vyskytly v bodu jiné tyto individuální negativní názory, které jen potvrzují skutečnost o některých nevydařených procesech

transformace u klientů: „nevidím změnu k lepšímu, ba naopak“ a „prokázáno, že komunitní služba neodpovídá potřebám opatrovance, ale chráněné bydlení v celém kraji ho odmítají“.

V kontextu změny kvality života opatrovaných je rozšiřujícím tématem co, konkrétně veřejní opatrovníci vnímají jako strategický faktor, který tento proces pozitivního začlenění podpořil.

Tabulka č. 14:

Strategické faktory ovlivňující pozitivní začlenění v novém prostředí (n=36).

(Opatrovníci mohli volit více možností nebo slovně doplnit).

Strategické faktory pozitivního začlenění	počet	%
vliv rodinného prostředí, popř. členů komunity, ostatní sociální vztahy	8	22,2
možnost vymezení osobního teritoria, soukromí	11	30,6
osvojení návyků sebeobslužnosti a změna režimu	18	50
možnost samostatného rozhodování a potřeba zodpovědnosti	10	27,8
pracovní uplatnění	12	33,3
manipulace s finančními prostředky	8	22,2
pozitivní vliv zaměstnanců, sociální služby a individuální péče	24	66,7
jiné	3	8,4

Většina respondentů vyznačila, že strategickým determinanem, který v kladném směru ovlivnil rozvoj osobnosti a potažmo začlenění, je pozitivní vliv zaměstnanců, sociální služby a individuální péče. Což podtrhuje kapitolu 4.3. tím způsobem, že podstatným faktorem hodnocení kvality je i prostředí, potažmo kvalita sociální služby, která toto prostředí utváří a zabezpečuje. S kvalitou služby by se dalo říct, že koresponduje i osvojení návyků a změna režimu, na které má vliv právě prostředí a provoz sociální služby. Pozitivním jevem je také skutečnost, že veřejní opatrovníci vnímají jako strategický přínos pro svého opatrovance pracovní uplatnění, což je jeden z faktorů ovlivňující znovu začlenění do společnosti.

I v této otázce se vyskytly individuální odpovědi: „t.č. na uzavřeném oddělení PN Ostrava, nic pozitivního“, „nevidím změnu k lepšímu“ a „samostatné dojíždění k matce“.

Přes pozitivní začlenění v novém prostředí komunity je třeba brát v úvahu i souvislosti, které se vyznačují jako rizikové či nevýhodné pro život opatrovaného. Veřejní opatrovníci vnímají v tomto kontextu jako kritická místa tyto faktory.

Tabulka č. 15:

Kritické faktory pro opatrovaného v novém prostředí (n=37).

(Opatrovníci mohli volit více možností nebo slovně doplnit).

Kritické faktory v novém prostředí	počet	%
nedostatečná kontrola (finančních prostředků, pohybu, sociálních vztahů atd.)	7	18,9
větší pravděpodobnost zneužití jeho osoby	14	37,8
vyšší finanční zatížení a následné snížení životní úrovně	8	21,6
negativní zpětnou vazbu od širokého okolí, popř. spolubydlících	3	8,1
zdravotní rizika včetně psychického stavu	11	29,7
nevnímám a neregistruji žádné nevýhody či rizika pro mého opatrovaného v novém prostředí	12	32,4
jiné	2	5,4

Jako nejrizikovější vyznačili v tomto režimu opatrovníci oblast zneužití osoby opatrovaného. Je to spojeno samozřejmě s větším nekontrolovaným pohybem opatrovaných mimo zařízení, a tak obava ze selhání je přirozená a očekávaná. Z mého pohledu vidím jako velmi pozitivní skutečnost, že třetina z respondentů nevnímá v novém prostředí žádné nevýhody či rizika.

V rámci možnosti „jiná“ byly vyznačeny tyto odpovědi: „dlouhodobá hospitalizace ve zdravotnickém zařízení snižuje jeho schopnost znovu začlenění do komunity“ a „sociální izolace, nepřijetí okolím“.

6.5 Názor opatrovance na kvalitu života v novém prostředí

V této kapitole byla stanovena vedlejší výzkumná otázka:

Zná veřejný opatrovník subjektivní pohled svého opatrovance na to, jak nové prostředí ovlivnilo kvalitu jeho života?

Předpoklad:

Opatrovníci znají názor svých opatrovaných. Většina opatrovanců pak hodnotí tuto změnu jako přínosnou pro kvalitu svého života.

S odkazem na kapitolu 4.3 jsem zařadila do dotazníku i otázku na tlumočení subjektivního názoru samotného opatrovance. Veřejný opatrovník by měl v rámci své funkce udržovat vzájemný vztah a vhodným způsobem pravidelný kontakt (kapitola 1.3). Předpokládám, že díky této interakci znají postoje a pocity svého svěřence.

Tabulka č. 16:

Názor opatrovance na realizovanou změnu, jak ovlivnila kvalitu jeho života (n=37).

Názor opatrovance na změnu	počet	%
změna velmi znatelně ovlivnila kvalitu jeho života, cítí se šťastnější	8	21,6
změna byla k jeho prospěchu, hodnotí ji většinou kladně.	15	40,6
na změnu reaguje bez emocí, přirozeně se adaptoval.	5	13,5
nové prostředí a způsob života nenaplnily všechna jeho očekávání, ale spolupracuje.	4	10,8
Přizpůsobil se novému prostředí s výhradami.	1	2,7
přes začlenění není spokojen, šťasten a rád by se vrátil do původního prostředí.	-	-
neznám subjektivní názor svého opatrovance na tuto situaci.	3	8,1
nedovedu posoudit nebo nedokáže své názory prezentovat	-	-
jiné	1	2,7

V možnosti „jiné“ byl zaznamenán tento podnět: „Opatrovanec je nešťastný, nechápe situaci a nechce již být v psychiatrické nemocnici“.

6.6 Postoj veřejného opatrovníka k transformaci

V této kapitole byla stanovena vedlejší výzkumná otázka:

Jaký postoj zaujímají veřejní opatrovníci všeobecně k procesu transformace a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do komunitní?

Předpoklad:

Většina veřejných opatrovníků hodnotí proces transformace pozitivně.

Tabulka č. 17:

Postoj veřejného opatrovníka k transformaci a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do sociální služby komunitního charakteru (n=38).

Postoj veřejného opatrovníka	počet	%
bezvýhradně souhlasím s procesem transformace a přechod osob z ústavní péče do menší komunity jednoznačně doporučuji	4	10,5
souhlasím s přechodem osob z ústavní péče do menší komunity, ale mám určité výhrady	3	7,9
spíše souhlasím s přechodem osob z ústavní péče do menší komunity, ale je třeba lidský faktor	9	23,7
je třeba hodnotit osobnost zcela individuálně bez ohledu na plánované změny ve společnosti	19	50
spíše nesouhlasím s procesem, který s sebou nese závažná negativní rizika pro osoby s postižením	2	5,3
jednoznačně nesouhlasím s tímto procesem	-	-
jiné	1	2,6

V rámci možnosti „jiná“ byla vyznačena zajímavá odpověď: *„Proces transformace je v pořádku, jen by bylo třeba adekvátně podporovat vznik odpovídajících návazných sociálních služeb.“*

Dle mého názoru, je tento podnět vcelku výstižným úhlem pohledu. V rámci diskuse v sociální oblasti na téma transformace se s tímto argumentem setkávám často. Dle dříve citovaného materiálu MPSV (2013d, s. 34) „Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení“ je v části ekonomických rizik rovněž uváděno jako jedno z rizik: nedostatek peněz pro zřízení nových služeb (např. investice na výstavbu, vybavení služby). Myslím, že problém odpovídajících navazujících služeb, by mohl být zajímavým předmětem pro navazující zkoumání.

Závěrečné shrnutí a vyhodnocení předpokladů z analýzy

Vyhodnocení kapitoly 6.1

Z dotazníků vyplynulo, že funkce veřejného opatrovníka u mých respondentů je v podstatné většině zastoupena ženskou populací a vykonávají ji v převážném počtu osoby s vysokoškolským vzděláním. Drtivá většina mých respondentů vykonává funkci veřejného opatrovníka déle než 1 rok a z časového hlediska jsou zaznamenány nejvíce přechody opatrovanců v časovém horizontu od jednoho do pěti let zpětně.

Vyhodnocení kapitoly 6.2

Na základě výsledku dotazníkové šetření lze konstatovat, že opatrovníci většinou podporovali změnu prostředí pro svého opatrovance s určitými obavami či výhradami, žádný z nich však nezaznamenal možnost znatelného nesouhlasu. Iniciativa k tomuto kroku je na prvním místě vnímána od stávajících ústavních zařízení a až v druhé řadě v rámci transformace. Což je rozdíl od mého předpokladu, kde byla očekávána iniciativa daleko výhradněji díky transformaci. Opatrovníci zaznamenali přípravu u svého svěřence a polovina z dotázaných nebyla přesvědčena o jeho možnostech. Na rozdíl od mého předpokladu bylo jen malé procento těch, kteří vyhodnotili i nedostatky v procesu přípravy. Z nabízených možností opatrovníci nejvíce vnímali obavy v potřebné míře podpory a úrovni soběstačnosti, a v druhé řadě možnost zneužití jeho osoby. Také spolupráce aktérů v rámci procesu přechodu byla dle předpokladu vyhodnocena jako podporující a fungující.

Vyhodnocení kapitoly 6.3

Drtivá většina veřejných opatrovníků zhodnotila realizovaný proces kladně, přes obtíže se situace stabilizovala, jen velmi malé procento uvádí opakující se problémy. Ze zaznamenaných obtíží při přechodu veřejní opatrovníci nejvíce zaznamenali oblast nesamostatnosti při rozhodování, podstatný problém také vidí v nesprávně vyhodnocené míře podpory a finanční gramotnosti opatrovaných. Dle mého předpokladu však byla očekávána nesprávně vyhodnocená míra podpory jako nejkritičtější oblast vzniklých problémů. Většina opatrovanců se přes problémy do nové komunitní služby s podporou začlenila. Žádný z opatrovaných se nevrátil do svého předcházejícího zařízení ústavní péče. Na rozdíl od mého předpokladu, že menší procento opatrovaných se do svého předcházejícího zařízení vrátí.

Vyhodnocení kapitoly 6.4

Většina opatrovanců se adaptovala spíše pozitivně, proces byl pro ně přijatelným. I přes problémy se situace stabilizovala ve většině případů. Pro kvalitu života vyhodnotili opatrovníci nejvíce přínos v oblasti sociálních návyků a zdokonalení sebeobslužnosti. Dále spatřují pozitivum v nových sociálních vztazích, vazbách a rodinném zázemí, osobním teritoriu. Dle mého předpokladu bylo jako podstatné pro kvalitu života stanoveno osobní zázemí, vlastní teritorium a rodinné prostředí, což je rozdíl k názoru respondentů. Strategicky rozvoj osobnosti ovlivnili pak dle opatrovníků především zaměstnanci, sociální služba a individuální péče.

Což bylo pro mě překvapením, neboť předpokladem byl strategický faktor - osvojení návyků a změna režimu, který ale taky zaznamenala polovina respondentů. Přes pozitivní začlenění veřejní opatrovníci vnímají nejrizikovějším faktorem zneužití osobnosti opatrovance. Pozitivním je, že třetina veřejných opatrovníků nevnímá v novém prostředí žádné nevýhody či rizika.

Vyhodnocení kapitoly 6.5

Z celkového počtu odpovědí jednoznačně vyplývá, že opatrovníci znají postoje svých opatrovaných. Náзор opatrovanců na tuto změnu je vnímán pozitivně, dokonce v některých případech měla změna prostředí vliv i na pocit štěstí. Další možnosti ve škále odpovědí rovněž naznačují, že opatrovaní přijímají tyto změny, a dle předpokladu se dokáží přes svůj handicap adaptovat.

Vyhodnocení kapitoly 6.6

Veřejní opatrovníci s procesem transformace většinou souhlasí, nikdo neoznačil jednoznačný nesouhlas s těmito projekty. Je patrné, že opatrovníci vnímají jako klíčový faktor při posouzení individualitu osobnosti opatrovaných bez ohledu na plánované změny ve společnosti.

ZÁVĚR

V rámci celého textu mé bakalářské práce se prolínaly tři klíčové oblasti, které vytvořily charakter výzkumu. Hlavním aktérem je osoba s mentálním postižením, handicapovaný občan, který má na základě ustanovení § 3 odst. 2 písm. a) zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, stejná práva jako všichni ostatní občané, a to „*právo na ochranu svého života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí*“ (Česko, 2012). Stejný zákon poté stanoví i podmínky podpory právě pro osoby, jež nejsou schopny na základě svého zdravotního omezení, své záležitosti sami obstarávat. Tutu situaci zákon řeší tzv. opatrovnictvím, tedy zastoupením osob omezených ve svéprávnosti. Opatrovník má tedy kromě zastupování v daných oblastech mimo jiné i povinnost udržovat vzájemný vztah vhodným způsobem a chránit zájmy svého svěřence. Pokud není k dispozici přijatelná osoba z blízkého okolí osoby, je jmenován opatrovník veřejný. Tím je územně samosprávný celek, tedy obec dle jeho pobytu (Česko, 2012). Veřejným opatrovníkem bývá starosta obce na menších obcích a v rámci obcí tzv. dvojkových a trojkových je k této funkci pověřen v drtivé většině sociální pracovník. Postoj, pocit, názor tohoto erudovaného zástupce byl pak ústředním tématem v mém výzkumu. Ve funkci veřejného opatrovníka jsem pracovala několik let i já. A na základě těchto zkušeností jsem byla účastna procesů, při kterých mí opatrovanci s mentálním postižením přešli z velkých ústavních zařízení do menších komunit. Byla to pro mě nová zkušenost, a především pocit zodpovědnosti při rozhodování o jejich dalším formování života. I já jako veřejný opatrovník jsem tedy byla vtažena do diskutovaného celostátního projektu transformace sociálních služeb. Protichůdné názory a diskuse na toto téma mě zaujaly natolik, že jsem tento problém bez váhání volila jako téma výzkumu své bakalářské práce. Jak ovlivňuje transformace život opatrovaných s mentálním postižením? Je můj vstřícný názor shodný s většinou ostatních opatrovníků?

Nejprve jsem se soustředila na teoretické aspekty problému a zpracovala dostupné zvolené odborné prameny, ať už v rámci legislativy, literatury či internetových zdrojů. Některé oblasti jsou vcelku průkazné a dané, ale např. subjektivní pocity, hodnocení kvality života, jsou pro laika těžce kvantifikovatelné hodnoty. Za cíl své bakalářské práce jsem si zadala srovnat postoje veřejných opatrovníků, kteří u svého opatrovance s mentálním postižením hodnotí proces, v kterém přešel směrem z ústavního zařízení do menší komunity. Jakým způsobem se tato změna prostředí odrazila na jeho životě, ovlivnila jeho kvalitu?

Dotazník jsem rozvrhla do několika stěžejních oblastí, které jsem pak v rámci analýzy postupně vyhodnocovala. V každé části jsem stanovila další výzkumnou otázku a předpoklad zjištění. Na základě vybraného a osloveného vzorku z „POPULACE“ se mi zpět vrátilo jen 38 odpovědí, nelze tedy konstatovat, že se jedná o absolutně vypovídající názor veřejných opatrovníků. Výběr jsem totiž zaměřila jen na čtyři kraje z oblasti Moravy a Slezska. I tak jsem se mi podařilo shromáždit data, které vyvrátila nebo podpořila očekávaný předpoklad.

Z úvodní demografické části bylo myslím i dle obecných informací očekáváno, že veřejné opatrovnictví je v režii ženské části populace, a to s vysokoškolským vzděláním, což stvrzuje nároky v rámci odborné způsobilosti na pozici sociálního pracovníka.

V rámci prvního tematického bloku byla záměrně zkoumána a hodnocena připravenost opatrovance na tuto změnu. Zda veřejní opatrovníci zaznamenali proces přípravy v zařízení a dokázali vyhodnotit pak iniciativu a spolupráci aktérů při procesu. První otázka však směřovala nejprve na opatrovníky, jak vnímali v úvodu přechod opatrovance, zda změnu podporovali. A v rámci šetření se prokázalo, že své chráněnce podpořili, i když v některých případech s určitými obavami či výhradami, žádný z nich však nezaznamenal možnost znatelného nesouhlasu. Přípravu opatrovance v procesu vnímali, nebyli zcela přirozeně přesvědčeni o jeho osobních možnostech, popřípadě seznali nedostatky v procesu přípravy. Svě svěřence v daném procesu všichni opatrovníci podpořili, jen někteří s výhradami. Iniciativa k přechodu z ústavní péče je dle opatrovníků nejvíce ze strany dosavadních ústavních zařízení, až druhou variantou je možnost plánování v rámci transformace. Bylo to trochu v rozkolu dle mého předpokladu, ovšem dalo by se to odůvodnit zapojením zařízení do transformace, tedy naplňováním plánovaného harmonogramu omezení pobytových služeb. Což opatrovníci nemuseli pokládat za podstatnou informaci, že se tak děje na základě naplňování procesních aktivit. Z nabízených variant opatrovníci v rámci procesu nejvíce vnímali obavu v potřebné míře podpory a úrovni soběstačnosti, a také v možnosti zneužití osobnosti opatrovaného. Což je přirozené s ohledem na dosavadní režim v pobytové službě, kde mají klienti zajištěny služby komplexně a omezenější možnosti samostatného pohybu mimo zařízení. Pozitivní je také zjištění, že vzájemná spolupráce všech stran v procesu přechodu byla vyhodnocena velmi pozitivně jako podporující a vyhovující. **Dalo by se tedy shrnout, že opatrovníci své chráněnce v procesu podporovali, jejich přípravu zaznamenali a měli obavu spíše z osobních možností opatrovaných. Iniciativu vnímali v rámci ústavních zařízení, slabinou opatrovaných byla úroveň soběstačnosti a míra podpory, spolupráci v procesu zhodnotili kladně.**

Samotná realizace přechodu a řešení případných problémů pak bylo analyzováno v další strategické části. Jak opatrovníci zhodnotili tento plánovaný přechod a v jakých oblastech a jakým způsobem se řešily případné problémy?

Téměř všichni opatrovníci vyhodnotili realizovaný proces pozitivně, přes obtíže se situace vyřešila. Ze zaznamenaných obtíží při přechodu veřejní opatrovníci nejvíce zaznamenali oblast nesamostatnosti při rozhodování, což s ohledem na popsání rizika ústavní péče v kapitole 3.2 je očekávaný jev. Podstatný problém také vidí v nesprávně vyhodnocené míře podpory a finanční gramotnosti opatrovaných. Důležitý je fakt, že většina opatrovanců se přes problémy do nové komunitní služby s podporou, s větším či menším úsilím opravdu začlenila. Žádný z opatrovaných se nevrátil zpět do předcházejícího ústavu. **Tento blok můžu zakončit tvrzením, že průběh procesu byl zhodnocen přes drobné obtíže pozitivně, problémy byly v rámci nesamostatnosti při rozhodování, většina opatrovaných pak zůstala v novém prostředí.**

Nejdůležitější částí k hodnocení bylo téma přínosu změny pro život opatrovaného, plus strategický činitel pozitivního začlenění v novém prostředí. V rámci první otázky bylo zjištěno, že větší část jedinců se s popisovaným procesem přes problémy vyrovnala a adaptace proběhla, proces transformace tedy byl pro ně přínosný. Opatrovníci také zcela přesvědčivě označili jako nejpodstatnější podporu pozitivní adaptace vliv prostředí a režimu, tedy sociální služby, zaměstnanců a individuální péče. Většina opatrovníků u svého svěřence vyhodnotila změnu jako přínosnou pro kvalitu jeho života, proces jako přijatelný. Cítí podstatné zlepšení v rámci získávání sociálních návyků a zdokonalení sebeobslužnosti, pozitivní jsou i nové vazby a rodinné zázemí. Přes pozitivní začlenění bylo zajímavé zjistit, že opatrovníci nadále vnímají jako riziko i v novém komunitním prostředí možnost zneužití osoby opatrovaného a také zdravotní rizika. Co je povzbuzující situace, že třetina opatrovníků žádná rizika či nevýhody nespatřují. **Názor respondentů shrnuji v těchto souvislostech, proces byl u většiny opatrovanců vyhodnocen jako přínosný, má vliv na kvalitu života ve zlepšení oblasti získání sociálních návyků a zdokonalení sebeobslužnosti. Jako strategický faktor začlenění byl označen vliv sociální služby, jejich zaměstnanců a individuální péče. Znatelná část opatrovníků v novém prostředí nevnímá žádná rizika a ostatní většinou označili možnost zneužití osobnosti opatrovaného.**

Což je i odpovědí na ústřední výzkumnou otázku: Jakým způsobem se změnila kvalita života opatrovance s mentálním postižením po přechodu z ústavního zařízení?

V rámci sociální interakce mezi opatrovníkem a opatrovaným je zajímavou otázkou, zda zná opatrovník subjektivní názor svého svěřence na realizovaný přechod do nového prostředí, cítí také on tuto novou pozici za přínosnou pro svůj další život? Většina opatrovaných hodnotí změnu prostředí jako přínosnou pro kvalitu života, pozitivní, ba dokonce se cítí šťastněji. I ostatní rozmezí v rámci odpovědí potvrzuje, že tyto změny jsou přijaty v drtivé většině opatrovanci jako kladné a jsou pak schopni se v novém prostředí adaptovat, popř. dále zdokonalovat. **Zkoumáním bylo ověřeno, že opatrovaní hodnotí pro svůj život tuto změnu prostředí jako přínosnou.**

Finální otázka směřuje na proces transformace, jak veřejní opatrovníci tento celorepublikový projekt hodnotí, jaký zaujímají postoj k tak různé změně prostředí svých svěřenců? Dle mého výzkumu veřejní opatrovníci s procesem transformace většinou souhlasí, nikdo neoznačil jednoznačný nesouhlas s těmito projekty. Je však patrné, že podstatným faktorem v jejich úsudku je na prvním místě posouzení individuality osobnosti svých svěřenců. Jak uvedeno v kapitole 1.3 má opatrovník uloženo dbát, aby způsob života nebyl v rozporu s jeho schopnostmi, potažmo odpovídal jeho představám a přáním. Tento postoj je i můj, a myslím svědčí o správném a citlivém výkonu funkce opatrovníka, pokud individualitu, osobní zájem, schopnosti a přání svého chráněnce nadradí nad organizované státní procesy. **Veřejní opatrovníci většinou souhlasí s procesem transformace a přechodem osob s mentálním postižením z ústavní péče do komunitní. Podstatné je však pro ně individuální posouzení osobnosti bez ohledu na plánované změny ve společnosti.**

Za cíl své bakalářské práce jsem si zadala srovnat postoje veřejných opatrovníků, kteří u svého opatrovance s mentálním postižením hodnotí proces, v kterém přešel směrem z ústavního zařízení do menší komunity. Jakým způsobem se tato změna prostředí odrazila na jeho životě, ovlivnila jeho kvalitu? S ohledem na podrobnou analýzu a zjištěné informace mám za to, že jsem cíl své práce naplnila. V rámci dotazníku jsem v několika strategických okruzích postupně zjišťovala souvislosti přechodu, jednak přípravu opatrovaného na přechod, hodnocení procesu a řešení případných problémů, pak hodnocení přínosnosti a vliv na kvalitu života, názor samotného opatrovaného a postoj opatrovníka k transformaci. V rámci analýzy jsem potom srovnávala odpovědi respondentů a přišla k závěrům, které se většinou shodovaly s očekávanými předpoklady.

Na základě toho můžu zhodnotit, že opatrovníci v procesu své opatrované podpořili, na změnu byli připravováni a přes problémy většina z nich zůstala pak bydlet v novém prostředí. Opatrovníci vidí změnu prostředí pro své svěřence jako přínosnou, ovlivnila kvalitu života v rámci získávání sociálních návyků a zdokonalení sebeobslužnosti, strategicky k adaptaci přispěl vliv sociální služby a její zaměstnanci, individuální péče. Samotní opatrovanci pak rovněž hodnotí změnu prostředí jako přínosnou pro kvalitu jejich života. Opatrovníci souhlasí se procesem transformace, ale podstatné je pro ně v první řadě individuální posouzení osobnosti opatrovaných.

Většina z výše uvedených vyzkoumaných závěrů je souhlasná s mým osobním postojem. Na základě zkušeností rovněž spatřuji změnu prostředí ústavního za komunitní jako velmi přínosnou pro kvalitu života osob s mentálním postižením. I díky této práci jsem si ověřila, že mám shodný názor na podporu transformace jako většina mých respondentů. Výzkumným problémem bylo: Jak ovlivňuje transformace život opatrovaných s mentálním postižením? Na základě zpracovaných teoretických základů lze po ověření v rámci výzkumu zhodnotit, že proces transformace ovlivňuje jejich život razantním způsobem. Prochází dlouhodobou přípravou, v rámci které si osvojují nové dovednosti a kompetence. Po realizovaném přechodu pak změní podstatnou část svého života, rodinné prostředí, osobní teritorium, režim dne, nové vztahy, vazby, samostatné rozhodování, zodpovědnost.. a jak i výzkum ověřuje, je podstatné především to, že tato změna je pro kvalitu jejich života přínosná.

Transformace sociálních služeb v České republice je určitě velkým tématem k diskusi. Jak lze vyčíst i z mé práce, idea transformace má své opodstatnění, avšak realizace je provázána řadou problémů a rizikových faktorů. V tak velkém projektu je mnoho determinantů a interakcí, které lze posuzovat srovnávat nebo analyzovat. Ať už vzpomenu například proces přípravy na přechod opatrovaných, spolupráci aktérů v tomto procesu, průběh adaptace, pracovní uplatnění nebo systém navazujících sociálních služeb. V každém případě může být vděčným námětem k dalšímu výzkumu.

Seznam literatury a zdrojů

- BEDNÁŘ, Martin (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3069-0.
- ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČESKO. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Zákon č. 128 ze dne 12. dubna 2000 Sb., o obcích, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2019.02.12]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2019.02.12]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004a Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (školský zákon), [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupná z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Vyhláška č. 173 ze dne 14. června 2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 512 ze dne 28. listopadu 2002 Sb., o zvláštní odborné způsobilosti úředníků územních samosprávných celků, ve znění pozdějších předpisů. [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupná z: <https://www.noveaspi.cz/>
- ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006a Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108 ze dne 14. března 2006 Sb., o sociálních službách. [online] [cit. 2019.02.09]. Dostupná z: <https://www.noveaspi.cz/>
- DISMAN, Miroslav (2002). *Jak se vyrábí sociologická zralost*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-246-0139-7.
- FISCHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří (2008). *Speciální pedagogika*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GURKOVÁ, Elena (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-3625-9.
- HARTL, Pavel (1996). *Psychologický slovník*. Praha: Budka. ISBN 80-90 15 49-0-5.
- HOLASOVÁ MALÍK, Věra (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
- CHÁB, Milan (2004). *Svět bez ústavů*. QUIP-Společnost pro změnu. ISBN 80-239-4772-9.
- LUDÍKOVÁ, Ludmila a kol. (2013). *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MATOUŠEK, Oldřich (2008). *Slovník sociální práce*. II. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich (1999). *Ústavní péče*, II. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MPSV ČR: *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb* [online]. ČR. In: MPSV, poslední aktualizace: 20.12.2013 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/3857>

MPSV ČR: *Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace* [online]. ČR. In: TRASS, 2010. [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteriaSSKCH-a-TaDI.pdf>

MPSV ČR: *Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: TRASS, 2013a. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupné také z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/manual-T-ustavu.pdf>

MPSV ČR: *Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní* [online]. ČR. In: TRASS, 2013b [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/podpora-uzivatelu-sluzeb.pdf>

MPSV ČR: *Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů. Doporučený postup MPSV č. 1/2010 revize* [online]. ČR. In: TRASS, 2013c [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/vyhodnocovani-nezbytnne-miry-podpory.pdf>

MPSV ČR: *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení* [online]. ČR. In: TRASS, 2013d [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/system-rizeni-rizik.pdf>

MPSV ČR: *Transformace sociálních služeb* [online]. ČR. In: MPSV, poslední aktualizace: 25.1.2017 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/7058>

MPSV ČR: *Základní informace pro obce, jako veřejné opatrovníky* [online]. ČR. In: MPSV, 2016 [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/verejne-opatrovnictvi.aspx>

MPSV ČR: *Základní informace pro obce, jako veřejné opatrovníky* [online]. ČR. In: MPSV, 2015 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/metodicke-doporuceni-pro-obce-zakladni-informace-pro-obce-jako-verejne-opatrovniky.aspx>

NOVOSAD, Libor (2000). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila (2006). *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.

QUIP - Společnost pro změnu. GRUNEWALD, Karl: *Zavřete ústavy pro mentálně postižené, Každý může žít v otevřené společnosti* [online]. QUIP, 2003 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000182.pdf?seek=1188218595>

QUIP - Společnost pro změnu. KOŘÍNKOVÁ, Dana: *Překážky transformace ústavní péče* [online]. QUIP, 2008 [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000600.pdf?seek=1208508951>

SELIKOWITZ, Mark (2005). *Downův syndrom*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-972-9.

SLOWÍK, Josef (2007). *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, Iva (2006). *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.

TRASS - Národní centrum podpory transformace sociálních služeb: *Transformace*. [online]. ČR. In: MPSV, 2015a [cit. 2019-02-09]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/>

VÁGNEROVÁ, Marie (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie (2000) *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich (2007). *Psychopedie*. III. vyd. Praha: PARTA. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA Milan, MICHALÍK Jan, LEČBYCH Martin a kol. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

VÍTKOVÁ, Marie (2004). *Integrativní speciální pedagogika*. II. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

Seznam zkratk a označení

ČR - Česká republika

IQ - Inteligenční kvocient

MP - Mentální postižení

MPSV ČR - Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MVČR - Ministerstvo vnitra České republiky

OZ - Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

QOL - Kvalita života

Slovník - Slovník sociální práce (Matoušek, 2008)

SocS - Sociální služba

Školský zákon - Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů

TRASS - Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

WHO - Světová zdravotnická organizace

Zákon - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

ZŠ - Základní škola

Seznam tabulek

1. Nejvyšší dosažené vzdělání veřejných opatrovníků.
2. Jak dlouho je vykonáváno veřejné opatrovnictví u daného opatrovance.
3. V jakém časovém horizontu přešel opatrovanec z ústavní péče do komunitní.
4. Původní postoj opatrovníka k připravované změně prostředí opatrovance.
5. Největší iniciátor přechodu opatrovance z ústavní péče do menší komunity.
6. Názor opatrovníka na připravenost opatrovance k přechodu.
7. Obávané kompetence nebo slabiny opatrovaných v rámci přechodu.
8. Názor veřejného opatrovníka na spolupráci aktérů v rámci přechodu.
9. Zhodnocení průběhu procesu přechodu opatrovance.
10. Zaznamenané problémy při procesu přechodu opatrovance.
11. Konkrétní řešení problémového přechodu opatrovance.
12. Jak hodnotí opatrovník přínos změny prostředí pro opatrovaného.
13. Specifikace změny kvality života u daného opatrovance v novém prostředí.
14. Strategické faktory ovlivňující začlenění v novém prostředí.
15. Kritické faktory pro opatrovaného v novém prostředí.
16. Názor opatrovance na realizovanou změnu, jak ovlivnila kvalitu jeho života.
17. Postoj veřejného opatrovníka k transformaci a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do sociální služby komunitního charakteru.

Příloha

Dotazník

Vážení veřejní opatrovníci,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma "**Opatrovanec s mentálním postižením v procesu transformace sociálních služeb z pohledu veřejného opatrovníka**". Konkrétně pro svůj výzkum potřebuji názor veřejného opatrovníka, kterému v minulosti přešel opatrovanec s mentálním postižením z ústavní péče do menší komunity. Pokud máte takových opatrovanců více a zkušenosti se opakují, vyberte si prosím jednoho z nich na ukázkou. Popřípadě, pokud máte úplně rozdílné zkušenosti, vyplňte prosím dotazníku i více.

U otázek jsou uvedeny varianty odpovědí, prosím, označte tu, která nejlépe vystihuje Váš pohled veřejného opatrovníka, popř. doplňte žádané informace. Dotazník je zcela anonymní. Vaše odpovědi a názory jsou pro mě velmi cenné a já Vám mnohokrát děkuji za ochotu, čas a spolupráci.

Radmila Uhrová, studentka 3. ročníku oboru Sociální práce

1. Jste ?

- muž
- žena

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- střední bez maturity
- střední odborné s maturitou
- vyšší odborné
- bakalářské studium
- magisterské, inženýrské
- vyšší kvalifikace
- jiné

3. Jak dlouho vykonáváte nebo jste vykonával(a) funkci veřejného opatrovníka u daného opatrovance?

- méně než jeden rok
- asi jeden až tři roky
- asi tři až pět let
- více než 5 let

4. Přešel Váš opatrovanec z ústavní péče do sociální služby komunitní typu v časovém horizontu?

- aktuálně v průběhu jednoho kalendářního roku zpětně
- je to cca 1-3 roky
- je to více než 3 roky
- je to více než 5 let

5. Jak jste v úvodu vnímal(a) tuto změnu - přechod z ústavní péče do menší komunity?

- jednoznačně jsem změnu podporoval(a)
- podporoval(a) jsem, ale pociťoval(a) jsem menší obavy
- podporoval(a) jsem, ale měl(a) jsem k tomu své výhrady
- spíše jsem nesouhlasil(a), ale přizpůsobila jsem se situaci
- znatelně nesouhlasil(a), ale okolnosti mě přesvědčily
- jiné

6. Kdo nejvíce inicioval přechod Vašeho opatrovance z ústavní péče do menší komunity?

- samotný opatrovanec
- jeho rodina, popř. nejbližší známí
- zařízení ústavní péče
- já, jako veřejný opatrovník
- bylo to plánováno v rámci transformace
- kombinace výše uvedených
- jiné

7. Byl dle Vašeho názoru opatrovanec na tento přechod z ústavní péče do menší komunity připraven?

- ano jednoznačně, byl připravován, neměl(a) jsem obavy
- byl připravován, ale nebyl(a) jsem zcela přesvědčen(a) o jeho možnostech
- byl sice připravován, ale přípravu jsem vnímal(a) jako nedostatečnou
- z mého názoru přes přípravu nebyl adekvátně připraven na tuto změnu
- z mého pohledu jeho osobnost a úroveň postižení nebyly v souladu s tímto záměrem
- nedovedu to posoudit
- jiné

8. V jaké oblasti jeho dovedností, kompetencí jste vnímal(a) slabiny, případně z čeho jste měl(a) obavu? (Lze zaškrtnout i více možností nebo slovně doplnit).

- finanční gramotnost
- možnost zneužití jeho osoby
- pracovní dispozice
- míra potřebné podpory a úroveň soběstačnosti
- způsobilost k samostatnému rozhodování

- schopnost adaptace na nové prostředí
- sociální vztahy
- zdravotní rizika
- věk opatrovance
- nevnímal(a) jsem slabiny a nedostatky
- jiné

9. V rámci procesu přechodu opatrovance jste vnímal(a) ze svého pohledu spolupráci dotčených aktérů (opatrovanec, zařízení ústavní péče, sociální služba komunitního typu, veřejný opatrovník, popř. rodina) jako?

- naprosto bezproblémovou a vzájemně podporující
- relativně dostatečnou a fungující
- vyhovující, negativní vlivy se postupně upravily
- byly patrné nedostatky
- jiné

10. Jak jste zhodnotil(a) v časovém horizontu měsíců po realizovaném přechodu z ústavní péče do služby komunitního typu tento proces?

- nezaznamenal(a) jsem žádné výraznější problémy a změna proběhla hladce
- přes drobné obtíže, by se dalo říct, že změna proběhla kultivovaně
- vyskytly se problémy, nedostatečnosti, které se v rámci spolupráce postupně řešily
- opakovaně se vyskytovaly určité problémy a situace se nelepšila
- jiné

11. Odpovídejte jen v případě, že jste zaznamenal(a) problémy v následujících měsících při adaptaci a specifikujte v kterých to bylo oblastech:

(Lze zaškrtnout více možností nebo slovně doplnit)

- finanční gramotnost
- zneužívání jeho osoby
- nesprávně vyhodnocená míra podpory a úroveň soběstačnosti
- nesamostatnost při rozhodování
- neschopnost adaptace na nové prostředí
- sociální vztahy, společenské role
- zdravotní rizika
- nedostatečná připravenost na tuto změnu
- špatné načasování zapojení do procesu
- jiné

12. Odpovídejte jen v případě, kdy jste zaznamenal(a) problémy v následujících měsících při adaptaci a specifikujte jakým způsobem se situace vyřešila? (Pokud nezaškrtnete první z těchto nabízených možností a Váš opatrovanec nezůstal v novém prostředí, tak prosím přejděte až na poslední otázku č. 18.)

- opatrovanec přes problémy nadále zůstal v této komunitě

- opatrovanec se vrátil do svého předcházejícího zařízení ústavní péče
- opatrovanec přešel do jiného zařízení ústavní péče
- opatrovanec přešel do jiného typu zařízení
- jiné

13. Jak s odstupem času vnímáte přínos této změny prostředí z ústavní péče do sociální služby komunitního typu pro svého opatrovance?

- velmi pozitivně, změna jeho osobnosti ve všech směrech prospěla
- spíše pozitivně, dobře se adaptoval a začlenil
- pozitivně, dostatečně se adaptoval
- přes menší problémy se situace stabilizovala a režim zvládá
- přes větší problémy se situace stabilizovala a s vyšší mírou podpory se postupně adaptoval
- jiné

14. V čem se dle Vás změnila kvalita života u Vašeho opatrovance v souvislosti s tímto přechodem z ústavní péče do sociální služby komunitního typu?

(Lze zaškrtnout i více možností nebo slovně doplnit, specifikovat)

- zdokonalil si povědomí o hospodaření, financích
- je lépe schopen rozpoznat možnosti zneužití své osoby
- je více zodpovědný za svá rozhodování, za svou osobu
- vytvořil si osobní rodinné zázemí, teritorium a rodinné prostředí
- vybudoval si nové sociální vztahy, vazby, upevnil společenské role
- zlepšil se v komunikaci, získává rozhled
- získává sociální návyky, zdokonaluje sebeobslužnost
- pracovní uplatnění má vliv na jeho sebevědomí
- změna měla vliv na dobrou psychickou kondici
- jiné

15. Co dle Vás strategicky ovlivnilo rozvoj jeho osobnosti a pozitivní začlenění?

(Lze zaškrtnout i více možností nebo slovně doplnit, specifikovat)

- vliv rodinného prostředí, popř. členů komunit, ostatní sociální vztahy
- možnost vymezení osobního teritoria, soukromí
- osvojení návyků sebeobslužnosti a změna režimu
- možnost samostatného rozhodování a potřeba zodpovědnosti
- pracovní uplatnění
- manipulace s finančními prostředky
- pozitivní vliv zaměstnanců, sociální služby a individuální péče
- jiné

16. Co naopak vnímáte přes pozitivní začlenění u svého opatrovance jako nevýhodu či rizika tohoto prostředí v rámci menší komunity?

(Lze zaškrtnout i více možností nebo slovně doplnit, specifikovat)

- nedostatečná kontrola (finančních prostředků, pohybu, sociálních vztahů atd.)
- větší pravděpodobnost zneužití jeho osoby
- vyšší finanční zatížení a následné snížení životní úrovně
- negativní zpětnou vazbu od širokého okolí, popř. spolubydlících
- zdravotní rizika včetně psychického stavu
- nevnímám a neregistruji žádné nevýhody či rizika pro mého opatrovance v novém prostředí
- jiné

17. Můžete formulovat názor nebo pocit svého opatrovance na to: Jak tato změna prostředí ovlivnila kvalitu jeho života?

- změna velmi znatelně ovlivnila kvalitu jeho života, cítí se šťastnější
- změna byla k jeho prospěchu, hodnotí ji většinou kladně
- na změnu reaguje bez emocí, přirozeně se adaptoval
- nové prostředí a způsob života nenaplnily všechna jeho očekávání, ale spolupracuje
- přizpůsobil se novému prostředí s výhradami
- přes začlenění není spokojen, šťasten a rád by se vrátil do původního prostředí
- neznám subjektivní názor svého opatrovance na tuto situaci
- nedovedu posoudit nebo nedokáže své názory prezentovat
- jiné

18. Na základě současných profesních zkušeností je můj postoj k transformaci a přechodu osob s mentálním postižením z ústavní péče do sociální služby komunitního charakteru následující:

- bezvýhradně souhlasím s procesem transformace a přechod osob z ústavní péče do menší komunity jednoznačně doporučuji
- souhlasím s přechodem osob z ústavní péče do menší komunity, ale mám určité výhrady
- spíše souhlasím s přechodem osob z ústavní péče do menší komunity, ale je třeba lidský faktor
- je třeba hodnotit osobnost zcela individuálně bez ohledu na plánované změny ve společnosti
- spíše nesouhlasím s procesem, který s sebou nese závažná negativní rizika pro osoby s postižením
- jednoznačně nesouhlasím s tímto procesem, popř. důvod specifikujte v možnosti jiná
- jiné