

Kvalita života uživatelů s mentálním postižením

Pavína Smolková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavína SMOLKOVÁ**
Osobní číslo: **H08197**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života uživatelů s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Analýza literárních pramenů
Vymezení pojmů a teoretických východisek
Příprava výzkumu, výběr a charakteristika výzkumného souboru
Realizace výzkumu
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, O. Ústavní péče. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

VAĎUROVÁ, H, MÜHLPACHR, P. Kvalita života. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7

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

Internet: www.mpsv.cz

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 21.4.2011

.....
Kučková Pavla

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku osob s mentálním postižením, především na seznámení s jejich kvalitou života v pobytovém zařízení sociálních služeb.

Teoretická část zahrnuje terminologii užívanou v sociálních službách, popisuje mentální postižení a zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Praktická část práce popisuje změny v kvalitě bydlení, zaměstnání a volného času uživatelů s mentálním postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb pohledem jeho uživatelů a zaměstnanců před a během transformace sociálních služeb.

Klíčová slova:

Uživatel, pobytové zařízení sociálních služeb, Domov pro osoby se zdravotním postižením, mentální postižení, kvalita života, transformace sociálních služeb, humanizace.

ABSTRACT

This Bachelor's Thesis is concerned with the issue of people with mental disorders. Above all, it provides the information on the quality of their life in the residential facilities of social services.

Theoretical section of the thesis covers terminology used in social services, it also deals with the actual mental disorders and Act No. 108/2006 Coll. on social services.

Practical section describes changes in the quality of housing, employment of free time of mentally ill people inhabiting the residential facilities of social services. The Changes are assessed from the perspective of its patients and employees before and during the transition of the social services.

Keywords:

Quality of life, patient, the residential facilities of social services, Community mental health services, mental disorder, the transformation of social services.

Poděkování

Děkuji Mgr. Radaně Kroutilové Novákové, Ph.D. za laskavé a přitom vysoce odborné vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi vždy ochotně věnovala při poskytování cenných rad.

Také děkuji mé rodině za trpělivost a podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ.....	13
1.1 KVALITA ŽIVOTA.....	13
1.2 METODY A NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	15
1.3 POBYTOVÉ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	15
1.4 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	16
1.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBA.....	17
1.5.1 Uživatel sociálních služeb.....	17
1.5.2 Standardy kvality sociálních služeb	18
2 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
2.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	23
2.2 OBLASTI KVALITY ŽIVOTA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	23
2.2.1 Kvalita bydlení	24
2.2.2 Zaměstnání	24
2.2.3 Volný čas.....	24
3 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	25
3.1 STAROVĚK.....	25
3.2 STŘEDOVĚK.....	25
3.3 RENESANCE.....	25
3.4 NOVOVĚK.....	26
4 TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
5 POPIS VÝZKUMU	31
5.1 CÍL VÝZKUMU	31
5.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
5.3 DRUH VÝZKUMU	32
5.4 VÝZKUMNÁ METODA	32
5.4.1 Předvýzkum.....	33
5.5 POPIS MÍSTA VÝZKUMU	33
5.6 VÝZKUMNÝ VZOREK	34
6 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	36
6.1 VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ S UŽIVATELI	36
6.1.1 Respondent R1	36
6.1.2 Respondent R2	37
6.1.3 Respondent R3	38
6.2 VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ SE ZAMĚSTNANCI	39
6.2.1 Respondentka R4	39
6.2.2 Respondentka R5	41
6.2.3 Respondentka R6	42

6.3	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	50
SEZNAM PŘÍLOH	51

ÚVOD

Pohled na kvalitu života je věc velice individuální. Jinou představu má určitě samotný uživatel, jinou sociální pracovník a rozdílný pohled bude mít třeba rodič, který se stará o dítě se specifickými potřebami.

Každý člověk nazírá na kvalitu života ze svého hlediska a každý má na její posuzování jiné měřítko. Co se týká každodenního života, většina lidí jej posuzuje podle toho, jestli jsou zdraví, jaké a zda vůbec mají zaměstnání, jaká je úroveň jejich bydlení a podobně. V minulosti byla kvalita života spojována spíše se stránkou materiální, v současnosti se naopak dostává do popředí zájem zjistit, jak se lidem v určitých podmínkách žije a co přispívá k jejich spokojenosti.

Kvalita života souvisí se smyslem života, je spojována také s pocitem spokojenosti daného člověka se svým životem, pokud on sám dosahuje toho, co si předsevzal. A je-li člověk s kvalitou svého života spokojen, odráží se to i na mezilidských vztazích, které navazuje.

To, že je člověk zdravý, vnímá obvykle jako samozřejmost, avšak pouze do té doby, než sám onemocní nebo se setká s nějakou nemocí či postižením v rámci nejužší rodiny. Tváří v tvář této situaci se hodnotová měřítko člověka zásadně mění a zdraví se dostává na vrchol pomyslného žebříčku kvality života.

Pro většinu populace, která si neumí ani představit, jak se žije lidem s postižením, by tyto změny mohly být výzvou k získávání zkušeností v nově vznikajících mezilidských vztazích.

V rámci této práce jsem se tedy zaměřila na změny v oblasti bydlení, zaměstnání a volného času osob s mentálním postižením, které ze svého hlediska považují za důležité pro jejich život v pobytovém zařízení.

V teoretické části jsem na základě studia odborné literatury vymezila pojmy, které jsou základními pilíři této otázky.

Praktická část obsahuje analýzy rozhovorů s uživateli a zaměstnanci Mariana, kteří v nich vyjádřili svůj subjektivní názor na právě probíhající změny v rámci transformace sociálních služeb v tomto pobytovém zařízení.

Přestože v současné době existuje velké množství prací zabývajících se tématem zdravotního postižení, mým cílem je zaměřit se na problematiku kvality bydlení, zaměstnání a volného času lidí s mentálním postižením. Protože kvalita života všech lidí – nejen těch

s různým typem postižení – souvisí z velké části s jejich bydlením, pokusím se zmapovat historický vývoj pobytových zařízení u nás.

Toto téma jsem si vybrala, protože se již delší dobu zajímám o problematiku osob se specifickými potřebami a o možnostech jejich uplatnění v běžném životě. Pracuji na pozici pracovník v sociálních službách v Domově pro osoby se zdravotním postižením Marianum.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMOSLOVÍ

Kvalita života je pojem velmi složitý a široký. Je těžko uchopitelný pro svou komplexnost a multidimenzionalitu. Zachycuje pochopení lidské existence, smysl života a samotného bytí. Hledá klíčové faktory bytí a sebepochopení. Zahrnuje také psychologické, sociální, materiální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Dotýká se komplexního pohledu na život a postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka. Kvalita života také zkoumá lidské potřeby, hodnoty a jejich uspokojování. Zatím se však odborníci neshodli na jejím spolehlivém a přesném měření, ani na jednotné definici.

Ve své práci budu používat dřívější název Ústav sociální péče i nový, dnes platný název dle zákona č. 108/2006Sb. o sociálních službách v platném znění, Domov pro osoby se zdravotním postižením. Dle staré legislativy se používal výraz klient, ještě dříve chovanec či svěřenec, který je dnes nahrazen pojmem uživatel sociálních služeb.

1.1 Kvalita života

Slovo kvalita pochází z latinského výrazu „qualitas“ – kvalita, které je odvozeno od výrazu „qui“ – kdo. (Holub, Lyrer, 1992)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tento pojem takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“.

Tento model kvality života zahrnuje **čtyři základní dimenze lidského života** bez ohledu na pohlaví, věk, postižení nebo etnikum. **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** zahrnuje každodenní život, energii, únavu, mobilitu a schopnost pracovat. Do **psychického zdraví a duchovní stránky** můžeme zařadit myšlení, učení a koncentraci, paměť, víru, spiritualitu, vyznání, pozitivní i negativní pocity. **Sociální vztahy** jsou zastoupeny rodinou, přáteli i sexualitou. V **prostředí** je zahrnuto prostředí samo o sobě, dostupnost zdravotní a sociální péče, svoboda i finance.

Velký sociologický slovník (1996) kvalitu života posuzuje „*především podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, soc. i technologických charakteristik práce, možností podílet se na*

řízení společnosti, podle osobní i kolektivní bezpečnosti, sociálních jistot a občanských svobod.“

Freud (1993) popisuje kvalitu života také například v pojmech důstojnost, soběstačnost, seberealizace, autonomie, spokojenost v mezilidských vztazích. To znamená, že míru spokojenosti rozlišujeme také podle toho, o co se člověk v životě snaží a o co usiluje.

Potůček (2002) uvádí, že je koncept kvality života ovlivňován více faktory, působícími nejen dlouhodobě, ale někdy i rozporuplně. Podle něj jsou v něm zahrnuty i subjektivní pocity jako spokojenost se životem a seberealizace.

„Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života“ (Křivohlavý, 2001).

Podle Jozefa Džuky (2004) se kvalita života rozlišuje na subjektivní kvalitu života – ve které se podle individuálního posouzení hodnotí podmínky života osoby a subjektivní pohodu, kdy se podmínky vlastního života hodnotí emocionálním systémem. Objektívni kvalita života neboli objektivními podmínkami života osoby nejsou v jeho podání objektem psychologického výzkumu.

Vaňurová (2005) definuje kvalitu života jako *„odborný pojem, vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria hodnocení“*. Kvalita života je v její interpretaci posuzována podle různých indikátorů – například ukazatelů zdraví a nemoci, životního prostředí, úrovně bydlení, volného času, mezilidských vztahů, osobního i kolektivního bezpečí, možnosti podílet se na řízení společnosti, sociálních jistot a občanských svobod.

Payne (2005) uvádí, že *„Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.“*

Podle příručky Plánování přechodu ze školy do života (2002) *„Myšlenka kvalitního života pro každého znamená, že osoby s postižením mají nárok na stejnou kvalitu života jako lidé bez postižení. Každý má právo riskovat, právo na lidskou důstojnost a sebeurčení, právo se rozhodovat a právo na podpůrný systém“*.

1.2 Metody a nástroje měření kvality života

Metody měření kvality života rozděluje prof. Křivohlavý (in: Vaňurová, 2005) do tří skupin: na metody objektivní, subjektivní a smíšené. U objektivních metod hodnotí kvalitu života druhá osoba, u subjektivních metod je hodnotitelem sama daná osoba a metody smíšené jsou kombinací obou výše uvedených metod.

Nejrozšířenější metodou hodnocení kvality života je podle Křivohlavého (2005) pravděpodobně metoda SEIQoL – Systém individuálního hodnocení kvality života (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Tento způsob zjišťování kvality života nemá předem stanovená žádná kritéria, ale vychází z představ dotazovaného, co on sám považuje za důležité. Metoda SEIQoL pracuje s individuálním pojetím kvality života dotazovanou osobou.

Mezi další metody zjišťující emocionální prožívání života patří škála spokojenosti se životem neboli metoda SWLS (Satisfaction With Life Scale), metoda PANAS představující standardizovanou škálu výskytu kladných a záporných emocí a metoda PGW (Psychological General Well-Being Scale), která je doporučována pro své psychometrické vlastnosti. (Hnilicová, in: Payne, 2005)

Podle Pipekové (2006) se nástroje měření kvality života dělí podle skupiny respondentů, pro kterou jsou určeny anebo podle toho, co měří - například spokojenost s různými oblastmi života na dotazník, rozhovor nebo telefonní rozhovor.

1.3 Pobytové zařízení sociálních služeb

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (§ 33 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění).

Instituce – toto slovo pochází z latinského instituere – což znamená zařizovat, zřizovat. Ve spojení s budovou, ve které je zařízení umístěno, je spojováno od 18. století (Matoušek, 1995).

V minulosti byli lidé s jakýmkoliv postižením zavíráni do ústavů a tím se ocitli na okraji společnosti. Byly budovány velké budovy, ve kterých se zřizovaly Ústavy sociální péče, které většinou stály na okrajích měst nebo málo obývaných vesnic. Tento trend vycházel hlavně z tehdejšího smýšlení lidí o postižených, kteří si mysleli, že je dobré, aby tito jedinci byli izolováni od společnosti.

Je všeobecně známo, že velké ústavy klientům neprospívají. Proto se v dnešní době upouští od institucionální péče a postupně se přechází na bydlení v obytných domech rodinného typu. V současnosti je péče o osoby se zdravotním postižením realizována také institucemi, ty se však chtějí co nejvíce podobat životu v přirozené rodině.

Krejčířová (2007) uvádí, že trendem posledních let je „*odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu.*“

Jejich uživatelé docházejí do běžných škol, odpoledne se scházejí, sami si uklízejí, vaří, pěstují své zájmy. Byt v takovém zařízení je totožný s bytem v běžné zástavbě, uživatelé využívají v nejširší možné míře místní komunální nabídky. Toto vše v závislosti na stupni jejich postižení. Pobyťová zařízení by neměla úplně zanikat, ale v současnosti jsou na ně kladeny vyšší požadavky, péče v nich musí vycházet z individuálních potřeb uživatele a uplatňuje se vůči němu omezení jen v minimální možné míře.

1.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením

„Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o zabezpečení komplexní, zpravidla trvalé péče. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí“ (Králová, Rážová, 2007).

Termín Domov pro osoby se zdravotním postižením se začal používat se začátkem platnosti zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, kdy ve většině organizací nahradil dosud někde ještě užívaný název Ústav sociální péče (ÚSP).

Je zde poskytnuto ubytování, strava, pomoc při zvládnutí běžných úkonů, péče o vlastní osobu, péče při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Uživatelům jsou také poskytovány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, je jim zprostředkován kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti i pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění a § 14 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

1.5 Sociální služba

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo sociálního vyloučení. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění).

Ať si to uvědomujeme nebo ne, sociální služby se dotýkají každého z nás. Patří mezi významné složky sociální politiky, neustále se mění, profesionalizují se a hlavně se rozvíjejí.

Velký rozvoj sociálních služeb nastal až po roce 1989. Svou činnost obnovily církevní organizace, nově vznikala a rozvíjel se neziskový sektor, vytvářely se terénní sociální služby. Po roce 1996 se v rámci reformy veřejné správy sociální služby začaly odklánět od ústavní péče a od té doby se zdůrazňuje se přínos setrvání lidí s postižením v přirozeném prostředí.

Tyto humanizující snahy, které bylo možné spatřovat již v období před vznikem zákona o sociálních službách, neprobíhaly však všude a ani ne stejně rychle. Moderní sociální práce začíná směřovat od negativního označování klientů jako hendikepovaných osob k tomu, že každý klient je osobnost, která má jisté kompetence a jistou schopnost vývoje.

V průběhu posledních let se v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění velmi diskutuje nad lidskými právy a situace osob s postižením se docela rychle mění.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. vstoupil v platnost 1. ledna 2007. Podle tohoto zákona rozlišujeme následující formy poskytování sociálních služeb na pobytové služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby – jejichž součástí není ubytování, ale osoby za nimi docházejí nebo je někdo doprovází či dopravuje a terénní služby, které se osobám poskytují v jejich přirozeném prostředí.

1.5.1 Uživatel sociálních služeb

Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění je uživatel osoba, která využívá sociální služby, protože se ocitla v nepříznivé sociální situaci (Janoušková, 2008).

Oslovení uživatel používáme pro všechny osoby, které využívají sociální služby. Nahradilo dříve používané slovo chovanec nebo svěřenec, které v souvislosti se staršími obyvateli pobytových služeb vyznívalo spíše pejorativně. Někde je také ještě v souvislosti se sociálními službami používáno oslovení klient.

1.5.2 Standardy kvality sociálních služeb

V souvislosti s přípravou nového zákona o sociálních službách vznikaly i diskuse nad kvalitou poskytování sociálních služeb. Výsledkem jsou Standardy kvality sociálních služeb, ve kterých jsou zahrnuty obecné modely hodnocení kvality i zkušenosti z některých evropských zemí (Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji 2010).

Standardy kvality sociálních služeb jsou součástí vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Platí pro všechny typy a druhy služeb, proto jsou formulovány obecně. Představují soubor kritérií, jimiž je definována úroveň sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb ve vztahu mezi uživatelem a poskytovatelem. Standardy jsou užitečné pro uživatele i zadavatele. Umožňují porovnávat efektivitu sociálních služeb, řešit stejný typ nepříznivé sociální situace i efektivitu různých zařízení poskytujících stejnou službu. Standardy popisují, jak má vypadat sociální služba. Jsou měřítkem pro porovnání kvality sociálních služeb. Mají zajistit kvalitu sociálních služeb a tím i efektivní využívání veřejných finančních prostředků. Každý standard je rozčleněn do kritérií, která jej postupně rozpracovávají a jsou měřitelná.

Standardy jsou rozděleny do tří skupin – nejdůležitější jsou procedurální standardy – které stanovují, jak má sociální služba vypadat, personální standardy – u kterých nejsou možné dodatečné opravy, protože nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit, tudíž kvalita služby je tedy přímo závislá na pracovnících a provozní standardy, které definují podmínky a určují prostory, ve kterých je sociální služba poskytována.

Průvodce poskytovatele (2002) uvádí celkem 15 standardů:

Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb – určují základní směr a poslání organizace. Zájemci o službu sdělují, co může od služby očekávat, jaké změny může dosáhnout a k čemu mu bude služba užitečná. Jeho prostřednictvím získají pracovníci jasnou představu o zaměření organizace, což jim umožní dobře se rozhodovat i v běžných, každodenních činnostech a problémech. Tento standard je veřejné prohlášení, které pomáhá veřejnosti porozumět smyslu a podstatě organizace a zprůhledňuje službu veřejnosti.

Standard č. 2 Ochrana práv uživatelů – vychází z faktu, že všichni lidé mají stejná lidská práva a je důležitý rozdíl mezi právním úkonem a protiprávním úkonem.

Standard č. 3 Jednání se zájemcem o službu – jsou písemně zpracovaná vnitřní pravidla organizace, podle kterých informuje poskytovatel zájemce o službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování služby. Poskytovatel také projednává se zájemcem o službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby. Je zde také popsán postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodu stanovených zákonem.

Standard č. 4 Smlouva o poskytování sociální služby – obsahuje rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přáních zájemce. Ten musí rozumět obsahu a účelu smlouvy.

Standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby – podle druhu poskytované služby se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby. Poskytovatel spolu se zájemcem o službu plánuje průběh poskytované služby s ohledem na osobní cíle. Je vytvořen a uplatňován systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám a hodnotí se naplňování osobního cíle.

Standard č. 6 Dokumentace o poskytování sociální služby – zahrnuje zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace. Obsahuje anonymní evidenci jednotlivých osob v případě, kdy to vyžaduje charakter sociální služby anebo samotná osoba. Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení sociální služby.

Standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby – tento standard obsahuje pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby ve srozumitelné formě. Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou mají stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti. Poskytovatel také stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě. Osoby jsou poskytovatelem informovány o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

Standard č. 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje – poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat. Poskytovatel posuzuje kvalitu svých služeb srovnáním života uživatelů a jejich vrstevníků, kteří nevyužívají sociální služby. Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím a v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zaujímá neutrální postoj.

Standard č. 9 Personální a organizační zajištění sociální služby – standard obsahuje zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců. Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v §115 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění – organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována. Standard také zahrnuje pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem.

Standard č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců – je zde zahrnut postup pravidelného hodnocení zaměstnanců, zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace. Poskytovatel má zpracovaný systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě. Standard také obsahuje program dalšího vzdělávání zaměstnanců. Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována služba podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka. A je zde také zahrnutý systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců.

Standard č. 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby – v tomto standardu poskytovatel a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard č. 12 Informovanost o poskytované sociální službě – obsahuje soubor informací o poskytované sociální službě ve srozumitelné formě

Standard č. 13 Prostředí a podmínky – poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob. Poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Standard č. 14 Nouzové a havarijní situace – definuje nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby a postup při jejich řešení. Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít. Vede také dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby – poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob. Zjišťuje spokojenost osob se způsobem poskytování sociální služby a do hodnocení poskytované sociální služby zapojuje také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby. Poskytovatel využívá stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytované sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

2 KVALITA ŽIVOTA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Mentální postižení neboli mentální retardace patří mezi vývojové poruchy. Postihuje jak kvantitativně, tak kvalitativně celou strukturu osobnosti, způsobuje od počátku její odlišný vývoj. Je charakterizována trvalým snížením rozumových schopností, společenskou nedostačivostí a poruchami v adaptačním chování.

Schopnosti a dovednosti těchto lidí s mentálním postižením bývají v mnoha směrech modifikovány a limitovány, což jim ztěžuje zvládnání požadavků prostředí. Tito lidé mívají „*problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci*“ (Matoušek, 2005).

Šiška (2005) uvádí klasifikaci mentální retardace podle Americké asociace pro mentální retardaci AAMR jako „*sníženou schopnost charakterizovanou výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“.

O mentálním postižení nebo o mentální retardaci mluvíme tehdy, když u jedince dojde k trvalému snížení rozumových schopností, a to v důsledku organického poškození mozku. Jinými slovy, mentální postižení je způsobeno poškozením centrální nervové soustavy (CNS).

Mentální retardaci dělíme na oligofrenii a demenci. Pro určení, zda se jedná o oligofrenii nebo demenci je rozhodující vývojové období, ve kterém k organickému poškození mozku došlo. Pokud k poškození nervové soustavy dojde v prenatalním, perinatálním nebo v časném postnatálním období, mluvíme o oligofrenii. Když k organickému poškození mozku dojde až v průběhu jedincova života (zpravidla po dovršení dvou let), označuje se tento stav jako demence (Švarcová, 2003).

Lze tedy souhlasit se Švarcovou (2003), že „*Každý mentálně retardovaný jedinec je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a s vývojovými potencialitami, které je možné a nutné podporovat a rozvíjet*“.

Jestliže mentální defekt vznikl následkem organického poškození CNS, trpí tito lidé často i dětskou mozkovou obrnou nebo drobnějšími poruchami hybnosti. Změna se obvykle projevuje hyperaktivitou, zvýšenou dráždivostí, poruchami pozornosti a s tím související rychlejší unavitelností. Mívají i poruchy různého typu. Bývá pro ně typické, že nedovedou využívat svoje schopnosti a pracují na nižší úrovni, než by bylo možné očekávat.

Příčiny vzniku mentální retardace mohou být různé a mohou se vzájemně prolínat. Rozlišujeme příčiny vzniklé genetickým přenosem – endogenní příčiny a příčiny vznikající vlivem prostředí a výchovou – exogenní příčiny.

Mezi nejčastější příčiny patří například následky infekcí a intoxikací, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruch výměny látek, růstu nebo výživy, makroskopické léze mozku, anomálie chromozomů, vážné duševní poruchy anebo psychosociální deprivace a jiné etiologie.

2.1 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace se vyznačuje výrazně sníženou úrovní inteligence. Jak říká Švarcová (2003) „*Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.*“

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

V současné době se používá klasifikace MKN10 zpracovaná WHO, která je v platnosti od roku 1992. Rozděluje mentální retardaci do těchto kategorií:

- 1) lehká mentální retardace
- 2) středně těžká mentální retardace
- 3) těžká mentální retardace
- 4) hluboká mentální retardace
- 5) jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace

2.2 Oblasti kvality života osob se zdravotním postižením

Vaňurová (2005) posuzuje kvalitu života mimo jiné podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, osobního bezpečí, sociálních jistot a občanských svobod.

Od této autorky jsem si vybrala tři indikátory, kterým se budu věnovat v praktické části této bakalářské práce, a to kvalitu bydlení, zaměstnání a volného času.

2.2.1 Kvalita bydlení

Co se týká každodenního života, většina lidí posuzuje svůj život podle toho, jaká je úroveň jejich bydlení. Někteří vyhledávají bydlení v lokalitě bohatých lidí, kteří něco znamenají, zakládají si na honosně zařízených domech či bytech a časem pro ně ztrácejí smysl základní hodnoty, které jsou pro život člověka nezbytné.

Naproti tomu osoby s postižením byly a mnohdy ještě jsou nuceny žít v prostředí, které jim bylo vybráno, většinou bez možnosti výběru. Proto se dnes upouští od poskytování pobytových sociálních služeb v obrovských zařízeních a věnuje se velká péče poskytování humanizovaných a individualizovaných služeb v přirozeném prostředí.

2.2.2 Zaměstnání

Zdraví lidé, kteří jsou orientováni pouze na svou kariéru a vydělávání peněz, posuzují většinou kvalitu svého života nejdříve mírou dosaženého vzdělání a poté získáním vysoce hodnoceného zaměstnání v prestižním oboru. Od toho se odvíjí další – zakládají si na drahých domech, luxusních automobilech či luxusních dovolených.

Práce je pro lidi s postižením velmi důležitá. Učí je odpovědnosti a hodnotám, které běžnému člověku připadají jako samozřejmost. Možnost pracovat má na lidi s postižením pozitivní vliv, protože stejně jako všichni ostatní také oni touží po pocitu, že jsou potřební a užiteční, snaží se dokázat, že mohou přispět svým dílem okolnímu světu.

2.2.3 Volný čas

Někteří lidé posuzují kvalitu svého života podle množství volného času, který jim zbývá na činnosti, které je baví a které dělají jenom proto, že chtějí a ne že musí. Pocitem uspokojení je nenaplnuje ani luxusní bydlení, drahá auta či jiný majetek kolem nich, ale doba, kterou tráví při jim příjemných činnostech či chvíle, které mohou trávit se svými blízkými. Pro někoho to může být také doba prostého nicnedělání. Tito lidé se ztotožňují s Aristotelovskou teorií, že volný čas je tím nejvyšším cílem, kterého bychom měli chtít dosáhnout a že vše, co musíme, nás svazuje a volný čas nám dává svobodu a naplňuje nás pocitem štěstí.

Naopak lidé s postižením, kteří tráví svůj život v pobytovém zařízení sociálních služeb mnohdy ještě ani dnes nemají možnost sami si určit jakým způsobem, v jakém prostředí a v jaké společnosti svůj volný čas prožijí. Jsou zvyklí pasivně čekat, jaká činnost je jim nabídnuta se svým volným časem se teprve musí naučit zacházet.

3 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Ústavní péče pro osoby s mentální retardací měla v průběhu vývoje společnosti nejrůznější podoby. Její vývoj byl ovlivněn zejména náboženským a politickým smýšlením, kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti.“ (Pipeková, 2006).

3.1 Starověk

V **Egyptě** existovala léčebná místa, kde byli duševně choří shromažďováni a léčeni. Věnovali se jim lékaři, kteří zakládali chrámy zasvěcené bohu Saturnovi (ochránce duševně nemocných). V Indii naopak duševní choroby považovali za působení démona, který postihne duši člověka a zastíní jeho rozum (Valenta, Müller, 2003).

V **Řecku** lidé věřili, že příčina duševních chorob byla v tom, že se rozhněvali olympští bohové a seslali na tuto osobu nemoc. Nemocní byli léčeni v chrámech. Řecký lékař Hippokrates zavedl do psychiatrie pojmy, které užíváme dodnes – například „hysterie, mánie, paranoia“. Jako jeden z prvních lokalizoval laloky v mozku, popsal je a jejich funkci (Valenta, Müller, 2003).

V **Římě** byla duševní nemoc brána jako hněv bohů. Lékař Asklépiades, který se věnoval duševním poruchám a její léčbě, jako první rozdělil nemoci na akutní a chronické. Byl zakladatelem muzikoterapie a jako první použil slov „blud a halucinace“. Sorános jako první razil formu lůžkových zařízení, kde bude pacientům věnována souvislá péče a budou se jim věnovat profesionální pečovatelé (Valenta, Müller, 2003).

3.2 Středověk

V tomto období byl postoj k duševně postiženým rozporuplný, na jedné straně se duševní choroby považovaly za čarodějnictví, jinde naopak byli „blázni“ považováni za šťastlivě vyvolené. Jsou zakládány první klášterní hospitál (Valenta, Müller, 2003).

U nás byl v polovině 12. století v Praze založen Týnský špitál, ve kterém bylo pro duševně nemocné 10 míst.

3.3 Renesance

Felix Platter se zasadil o zlepšení podmínek duševně nemocných, aby nebyli bití, upalováni a týráni. Také rozdělil příčiny duševních poruch na vnitřní a vnější.

Jako první provedl klasifikaci duševních poruch a rozdělil je do čtyř základních skupin na poruchy vědomí, poruchy, které vznikají při snížení rozumových schopností, poruchy vznikající při únavě mozku a poruchy ve stáří (Valenta, Müller, 2003).

3.4 Novověk

Ještě v celém 18. století byli duševně nemocní vystaveni stejnému zacházení jako ve středověku. Byli umístováni v městské káznici nebo v městském azylu. Zlepšení nastalo až na přelomu 18. – 19. století ve Francii. Jean Colombier vyslovil jako první názor, že duševně nemocní mají stejná práva, nárok na péči a pomoc, jako tělesně postižení. Francouzský lékař Philips Pinel, který je nazýván zakladatelem moderní psychiatrie, navrhl a realizoval léčebnu (ústav) pro duševně nemocné, zavedl vedení zdravotní dokumentace a v ní popisoval průběh léčby (Valenta, Müller, 2003).

Za doby Marie Terezie a Josefa II. začaly vznikat novodobé instituce pro hendikepované. Josef II. transformoval různé typy církevních ústavů do podoby světských zařízení, spravovaných státem školenými a státem spravovanými úředníky.

V roce 1790 byl v Praze založen Ústav pro choromyslné, ve kterém na pacienty dohlíželi dozorcí, kteří nebyli zdravotníci. Dr. Jan Theobald Held dodnes patří mezi nejvýznamnější osobnosti naší psychiatrie. Zamezil nelidskému zacházení s pacienty, dohlížel na to, aby měli teplo, kvalitní stravu, oslovoval pacienty jejich jménem, vedl s nimi osobní rozhovory. Zasadil se i o to, aby personál, který pečuje o nemocné, byl vyškolený.

Podle Matouška (1995) začíná revoluce v péči o hendikepované zřizováním obrovitých ústavů pro několik stovek lidí, z nichž mnohé se zachovaly dodnes a slouží stejnému účelu, přičemž ústavní pobyt je vždy vážným zásahem do klientova osudu. Ústav je vždy pokusem o umělý domov a omezuje klientovo soukromí. Je to zvláštní fenomén – skupina profesionálních zaměstnanců v něm pečuje o skupinu hendikepovaných lidí. Personál je v něm zaměstnán, pro klienty je však náhradou domova – ať už dočasnou nebo trvalou.

„Nejzávažnějším rizikem ústavní péče je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život (Matoušek, 1995)“. Úměrně tomu se snižuje schopnost a zájem klienta začlenit se znovu do neústavního, civilního života. Klient zredukuje svoje nároky a ztratí zájem o okolní svět, ztrácí schopnost komunikace, stává se pasivním, jen na sebe soustředěným, často hypochondrickým, s očividnou snahou udržet se v ústavní péči.

Jak uvádí Matoušek (1995), stejně jako v jiných organizacích tak i v ústavech se klienti podřizují hierarchii společenských pozic, stejně jako v rodinách a ve státech udržují ústavy svůj vnitřní řád, soubory pozitivních a negativních sankcí. Ústavy mají svůj folklor, svůj specifický slovník, svou atmosféru, kterou lze v tomto prostředí doslova nasávat. Vůči vnějšímu světu jsou více či méně uzavřené, vstup do nich je kontrolovaný. Obdobou hranice, která existuje mezi klienty a personálem, je mezigenerační hranice rodinná. Aby klient měl přístup k určitým místům v ústavu, musí dodržovat pravidla, která souvisejí s hierarchií společenského postavení. Kdo, s kým a kde může být v kontaktu, nebývá v ústavech ponecháno náhodě.

4 TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V dnešní době se velmi diskutuje nad lidskými právy a situace osob s postižením se docela rychle mění. *Rizikovým faktorem ve vztahu k porušování základních práv je u lidí s mentálním postižením především vysoká míra závislosti na poskytovateli služeb a délce poskytování služby*“ (Sobek, 2007).

V současnosti probíhá v části pobytových zařízení transformace sociálních služeb, která potrvá ještě několik desítek let. Nově se již sociální služby nebudou poskytovat ve speciálně k tomuto účelu učeným budovám, ve kterých mají uživatelé veškerý komfort bez návaznosti na běžně dostupné zdroje. Lidé s postižením budou žít v běžné zástavbě a přitom budou využívat všechny dostupné veřejné zdroje. Tím dojde k inkluzi – začlenění těchto lidí do přirozeného prostředí.

Uživatelé, kteří v minulosti žili několik desítek let v klasickém Ústavu sociální péče, se budou muset naučit žít v nových podmínkách. V nově vznikajících pobytových zařízeních sociálních služeb se uživatelé budou učit pochopit a přijmout vlastní zodpovědnost mít práva, ale také povinnosti.

Transformace se týká bydlení, práce, svobodné volby naplňování volného času, nápravy vztahů mezi uživateli, k uživatelům a naplňování standardů kvality sociálních služeb. Je procesem změny v řízení, financování, vzdělávání, změny místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledkem byla péče v běžném prostředí.

Cílem transformace je umožnit osobám se zdravotním postižením bydlet v běžné domácnosti - rodinném domku nebo v bytě, využívat veřejné služby, chodit do zaměstnání nebo využívat denních center nebo ambulantních služeb. Transformace také znamená spolupráci s obcemi a širokou veřejností zejména při návratu lidí s postižením do běžné společnosti.

Základním principem transformace je princip humanizace, princip individualizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka

Proces transformace je v každém zařízení zcela individuální a musí vždy vycházet z individuálně určených potřeb uživatelů dané sociální služby. Měl by probíhat v těchto krocích:

- úvodní fáze – individuální plánování
- vytýčení záměru zařízení
- změna myšlení personálu
- navázání spolupráce všech zúčastněných subjektů

- finanční zajištění transformace sociálních služeb
(dle příručky Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji)

Mühlpachr (2004) klade důraz na možnost svobodné volby občana s postižením vybrat si mezi modernějšími formami trvalé péče, mezi které řadí osobní asistenci, péči v rodině, komunitní sociální péči, chráněným bydlením nebo pobytovým zařízením.

Deinstitutionalizace je proces, ve kterém dochází k proměně instituce tak, aby umožnila svým uživatelům život podle možností co nejvíce srovnatelný s vrstevníky. Toho je dosaženo službami osobní asistence, podporou samostatného bydlení nebo službou chráněné bydlení. Deinstitutionalizace je také cílem transformace.

Humanizace je proces, který proměňuje prostředí a systém poskytované péče tak, aby splňoval potřeby a práva uživatelů. Jde o polidšťování sociálních služeb, aby se co nejvíce přiblížily potřebám uživatelů.

Ideály humanity a demokracie spojují rozvoj člověka i s rozvojem společenských vztahů; zahrnují nejen obraz člověka, jaký je a jaký chce být, nýbrž projektují i obraz člověka, jaký může být a má být, aby byl tvůrčím subjektem života sociálního i individuálního (Blížkovský, 1997).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 POPIS VÝZKUMU

Výzkumem rozumíme systematický způsob řešení problémů, který rozšiřuje hranice vědomostí lidstva. Jeho pomocí potvrzujeme nebo vyvracíme dosavadní poznatky anebo získáváme nové (Gavora, 2000).

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je náhled na několik desítek let života v jednom konkrétním pobytovém zařízení sociálních služeb – Domově pro osoby se zdravotním postižením a Centru denních služeb Marianum v Opavě. Cílem mé práce je zjistit, jak vnímají kvalitu života uživatelé, kteří v pobytovém zařízení sociálních služeb prožili téměř celý svůj život a jak vnímají posun v kvalitě jejich života pracovníci, kteří se o ně mnoho let starají.

Hlavním cílem práce je popsat změny v kvalitě bydlení, zaměstnání a volného času uživatelů s mentálním postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb pohledem jeho uživatelů a zaměstnanců před a během transformace.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumné otázky

HV1.: Jaké jsou změny v kvalitě bydlení, zaměstnání a volného času v pobytovém zařízení sociálních služeb před a během transformace?

Vedlejší výzkumné otázky

VV1.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení **uživatelé s mentálním postižením** v pobytovém zařízení sociálních služeb **před** transformací?

VV2.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení **zaměstnanci** pobytového zařízení sociálních služeb **před** transformací?

VV3.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení **uživatelé s mentálním postižením** v pobytovém zařízení sociálních služeb **během** transformace?

VV4.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení **zaměstnanci** pobytového zařízení sociálních služeb **během** transformace?

5.3 Druh výzkumu

Vzhledem k tématu, které jsem zpracovávala v teoretické části, jsem zvolila kvalitativní výzkumný postup. Tímto druhem výzkumu jsem sledovala záměr získat z odpovědí uživatelů co nejvíce informací.

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Některé z údajů mohou být kvantifikovány, jako jsou například údaje ze sčítání lidu, ale analýza samotná je kvalitativní“ (Strauss, Corbinová, 1999).

5.4 Výzkumná metoda

V této bakalářské práci budu používat metodu kvalitativního výzkumu, a to polostrukturovaný rozhovor, protože u něj je možné reagovat na změny a získat potřebné informace pro výzkum. Podle Hendla (2005) je polostrukturovaný rozhovor založen na otázkách anebo tématech, které v rozhovoru používáme. Rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních i obavách zkoumané osoby. Pomocí těchto informací získáme celkem přesný obraz dotyčného člověka.

Nejdříve jsem si vymezila okruhy, kterým se budu v rozhovoru věnovat. Následně jsem vytvořila otázky, na které se budu dotýčných osob dotazovat. V průběhu rozhovoru jsem používala metodu aktivního naslouchání a zpětným dotazováním jsem se ujišťovala, že porozuměli tomu, nač se jich dotazuji a že já jsem správně pochopila jejich vyjádření.

Při vedení rozhovoru jsem použila audio techniku – diktafon a získaný záznam jsem postupně ukládala na paměťové médium, které bude přiloženo k písemnému přepisu rozhovoru. Před uskutečněním rozhovoru bylo uživatelům i zaměstnancům vysvětleno, k čemu bude nahrávka použita a také byli ujištěni o zachování anonymity.

Závěrem jsem všem poděkovala za ochotu odpovídat na otázky týkající se jejich života.

5.4.1 Předvýzkum

Před samotným uskutečněním polostrukturovaného rozhovoru jsem si připravila okruhy témat rozhovoru a jednotlivé otázky. S náhodně vybraným respondentem jsem v předem dohodnutém čase a místě uskutečnila první rozhovor. Již během něj se ukázalo, že mnou vybrané otázky a hlavně odpovědi na ně nebudou splňovat cíl výzkumu, a proto bylo nutné, abych celý rozhovor znovu přepracovala a pokusila se otázky pokládat jiným způsobem. Snažila jsem se volit otázky tak, aby byly pochopitelné pro uživatele s mentálním postižením.

5.5 Popis místa výzkumu

Marianum vybudovala v letech 1907 – 1909 Kongregace Dcer Božské Lásky. Byla to dvoukřídlá stavba, uprostřed které byl umístěn klášterní kostel. V komplexu budov se nacházel domov pro ženy a službu hledající dívky, penzionát pro sirotky, škola ručních prací, škola hospodyňská pro veřejnost a nedělní škola. V části domu vznikl domov pro přestárlé. V roce 1913 Kongregace koupila další dva domy v sousedství, jeden z nich byl zvýšen o dvě poschodí, přístavbou nad průjezdem spojen s původní budovou a tak Marianum mohlo rozšířit své služby.

V průběhu první světové války byl ústav změněn na vojenskou nemocnici, která byla po skončení války zrušena. V budově však byla zřízena státní zemědělská škola, která zde byla do roku 1926. Ze Zemského ústavu pro choromyslné zde bylo od roku 1920 přemístěno několik desítek nervově nemocných dětí. Pro ně zde byla také zřízena dvoutřídní pomocná škola s přípravkou a také se v ústavu otevřela mateřská škola.

Za druhé světové války byla zrušena mateřská i hospodyňská škola, ale psychicky nemocných dětí přibývalo. Zemská péče o mládež v Liberci sem doporučovala děti nejen z Čech, ale i z Německa. Na konci války se tři měsíce ve sklepních místnostech staralo 42 sester o 230 dětí. Jeden nynější uživatel Mariana na tyto události z dětství dodnes vzpomíná.

Po válce byla opět obnovena činnost hospodyňské školy, mateřská škola i penzionát pro sirotky. Do ústavu byly také přijímány děti nalezené, děti ze sběrných táborů a děti rodičů z pracovních táborů. Někteří z nich žijí v Marianu dodnes.

Od roku 1951 sestry začaly v Marianu pracovat jako státní zaměstnanci a zůstaly zde jen děti se střední mentální retardací. V roce 1960 byl ústav zestátněn, došlo k přemístění do-

mova důchodců a přibýly zde ležící děti. Marianum se stal největším ústavem sociální péče na Moravě i v Čechách s počtem 300 dětí.

V roce 1991 byla budova Mariana navrácena sestřím Kongregace Dcer Božské Lásky, zřizovatelem ÚSP se stal Okresní úřad Opava a ředitelkou jedna z řádových sester. V té době zde žilo 295 dětí, ale vedení Mariana se podařilo snížit počet klientů na 240 přestěhováním do jiné budovy. I nadále se sestry snažily o to, aby se podmínky k životu klientů zlepšily.

V roce 2003 se zřizovatelem stal Moravskoslezský kraj a jmenoval nové vedení ústavu. Od té doby se datuje začátek transformace sociálních služeb v Marianu. Podle sborníku 100 let Marianum (2009).

V roce 2004 žilo v Marianu 255 osob, v současné době je to 149 osob.

V roce 2008 byl v Marianu založen transformační tým, který pracuje v souladu s oprávněnými potřebami uživatelů sociálních služeb a v souladu s platnými zákonnými předpisy podle zadání Krajského úřadu Ostrava jako zřizovatele, který se snaží nalézat ty nejúčinnější postupy k vytvoření dostupných a kvalitních sociálních služeb.

5.6 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořili tři uživatelé Domova pro osoby se zdravotním postižením Marianum a tři zaměstnankyně téhož pobytového zařízení.

Jako kritérium výběrů uživatelů jsem si stanovila to, že respondent musí bydlet v pobytovém zařízení déle než třicet let. Toto kritérium jsem si stanovila proto, že tento časový úsek zajišťuje možnost zachytit a porovnat kvalitu jejich života před transformací a nyní i v jejím průběhu. Výzkumný vzorek byl tedy vybrán záměrně po dohodě s vedoucí bytu, ve kterém dotyční uživatelé žijí.

Výzkumný vzorek zaměstnanců jsem vybírala metodou záměrného výběru, za předpokladu splnění určitých kritérií: pracovat v pobytovém zařízení sociálních služeb více než 20 let, souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a souhlas s prezentací rozhovoru v bakalářské práci.

Protože porovnávám, jak popisují kvalitu života před a během transformace sociálních služeb dvě skupiny respondentů, zvolila jsem pro obě skupiny pro lepší orientaci následující třídění. Uživatele označím písmeny R1, R2, R3 a zaměstnance R4, R5, R6.

6 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Ke zjištění, jaký je rozdíl v kvalitě bydlení, zaměstnání a volného času uživatelů pobytových služeb s mentálním postižením před a během transformace sociálních služeb slouží vyhledané odpovědi z rozhovorů, které jsem komparativně vyhodnotila podle jednotlivých oblastí. Pro zvýšení validity výzkumu jsem po přepsání jednotlivých rozhovorů některé otázky s respondenty znovu prokonzultovala.

6.1 Vyhodnocení rozhovorů s uživateli

Ke zjištění, jak se lišila kvalita života uživatelů pobytových služeb s mentálním postižením před transformací a během ní jsem použila výpovědi dotázaných respondentů, které jsem následně vyhodnotila.

6.1.1 Respondent R1

Uživatel R1 je uživatel se středně těžkou mentální retardací, je mu 80 let. Do Mariana byl umístěn v 6 letech, do té doby žil v kojeneckém ústavu.

Oblast bydlení

Zpočátku po jeho příchodu do zařízení bylo na oddělení a v ložnici 50 klientů různého věku, od malých dětí po dospělé. Později byl na pokoji po 20 lůžkách, dále po 5 a nyní bydlí v jednolůžkovém pokoji v bytě pro 9 osob.

O těch 50 dětí se staraly 2 řádové sestry dopoledne a 2 odpoledne. Ještě když bydlel na 5 lůžkovém pokoji, neměl možnost výběru spolubydlících, nyní projevil přání bydlet sám a protože to prostorové podmínky umožnily, bylo mu vyhověno.

V minulosti si klienti nemohli zařídit pokoj podle přání, ale „*ted' jsme samostatní, ne?*“. Ve svém pokoji má vlastní křeslo, poličku, hodiny, televizi, rádio, lampičku i zrcadlo.

Oblast zaměstnání

V dětství chodil do školy v Marianu, učily jej řádové sestry. Umí číst, psát, částečně počítat, pozná peníze a ještě i dnes mluví velmi dobře německy.

Od 15 let pracoval celý život v prádelně. „*Do večera i po večeri jsme věšali pradlo*“. Také chodil do města „*s pochůzkama*“ - do lékárny nebo na poštu pro filmy. Peníze za práci nedostával, jen za výpomoc sousedům dostával nějaký menší obnos peněz.

Oblast volného času

V dětství ani mládí nechodil do žádných kroužků, jen „*do práce*“. Dnes se může rozhodnout, co bude celý den dělat, říká, že nedělá nic, jen odpočívá, chodí tady po chodbě (rozhovor byl nahráván v březnu, jinak chodí na procházky na zahradu). A také zajde „*do školy k učitelovi*“, za speciálním pedagogem. V minulosti neměli nařizeno, co mají dělat ve volném čase, mohli „*si posedět*“ nebo jít ven do zahrady. Také chodil sám nebo s uživatelem R2 do města do kina. „*Jednou za čas*“ také jezdil na výlety, na zájezd i „*s lidmi*“, na dovolené nejezdil. V současnosti se ještě podle toho, jak to umožňuje jeho zdravotní stav, zúčastňuje rekreací s ostatními uživateli. Je velmi komunikativní a rád vyhledává společnost ostatních uživatelů nebo zaměstnanců.

6.1.2 Respondent R2

Je to uživatel se středně těžkou mentální retardací, je mu 74 let a do Mariana přišel v roce 1939 ve dvou letech. Pochází z německé rodiny, rodiče byli nezvěstní, údaje o rodině nejsou známé. Je částečně svéprávný. Umí číst, psát, počítat, německy již jen pár slov.

Na otázky odpovídá ochotně, rád vzpomíná na staré časy, má velmi dobrou dlouhodobou paměť a přehled o tom, co se děje kolem něj.

Oblast bydlení

Když uživatel R2 přišel do Mariana, bydlelo jich na pokoji 50, postupně se počet snižoval na 20, pak 6 a nyní bydlí ve dvoulůžkovém pokoji. V minulosti neměl možnost vybírat si spolubydlící – „*na to se nás nikdo neptal*“. Dříve měli na pokoji společnou skříň na oblečení, to jim chystaly sestry. Dnes má na pokoji vlastní televizi, rádio. Jídlo se v minulosti podávalo v jídelně ve sklepě, dnes bylo vyhověno jeho přání jíst sám ve svém pokoji.

Oblast zaměstnání

Po válce chodil do školy v Marianu, kde vyučovaly řádové sestry. Nejdříve se ale musel naučit mluvit česky. Po skončení školní docházky začal pracovat na zahradě, kde se realizuje dosud. V pracovní skupině bylo šest chlapců a dvě pomocná děvčata, na starost je

měla řádová sestra. Zahrada v té době stačila zásobovat celé zařízení, chovaly se zde i domácí zvířata například prasata – na „*domácí zabijačku*“ vzpomíná uživatel R2 velmi rád. V minulosti neměl možnost se rozhodnout, jestli chce jít pracovat – nyní si může vybrat, co bude přes den dělat. Dnes ještě zalévá zahradu, ryje záhony, topí ve skleníku a velice nerad vidí, pokud ostatní uživatelé cokoliv na zahradě ničí. V takovém případě se projeví jeho prudká a vznětlivá povaha a stává se agresivním. Za práci na zahradě peníze nedostával, ale od mládí a ještě i dnes chodí vypomáhat sousedům na zahradu stříhat keře, sekát trávu nebo v zimě odhazovat sníh. Za to dostával podle svých slov „*na pivo nebo na kino*“. Později dostával kapesné „*z důchodu*“, nejdříve 20,- Kčs, pak 100,- Kčs a dnes 500,- Kč.

Oblast volného času

Po práci na zahradě měl uživatel R2 volno, „od roku 1953“ mohl chodit sám do města. Chodil do kina za 2,- Kčs nebo na koupaliště. Podle svých slov „*ne plavat, koukat po holkách*“. Na výlety se jezdilo jednou za rok, později začaly tábory (ozdravné pobyty), také byl na dovolené u moře. Nyní již několik let na společné akce nereflkuje, raději tráví svůj volný čas v zahradním domku, kde má své soukromí. Pokud není spokojen s nabízeným jídelníčkem, zařídí se podle svého: „*dneska je sladký oběd, zajdu si na jídlo do Globusu*“ (supermarket).

6.1.3 Respondent R3

R3 je uživatel se střední mentální retardací, je mu 52 let a do Mariana přišel ve 3 letech z kojeneckého ústavu. Rád poslouchá hudbu a chodí do města na koncerty dechové hudby.

Oblast bydlení

Když přišel do Mariana, bylo na oddělení 50 klientů a v ložnici jich spalo „*asi 20*“. Do menšího, čtyřlůžkového pokoje se stěhoval až asi ve 40 letech. Dříve měli na pokoji jen „*ústavní*“ nábytek, všechno bylo společné. Dnes bydlí ve třílůžkovém pokoji v bytě pro 9 osob. Má na pokoji vlastní rádio, televizi, anténu, poličku.

Oblast zaměstnání

Do školy chodil v Marianu, učily jej řádové sestry. Umí číst, psát, počítat jen málo, peníze však pozná.

Po skončení školní docházky nastoupil do zahrady, kde pracoval 14 let. Potom dělal „*po-
chůzky po městě a do nemocnice*“ (nosily se tam odběry z ambulance v Marianu). Dnes
chodí nakupovat do obchodu, doprovází uživatele R2“ „*do školy*“, každý den dopoledne
pracuje v košíkářské dílně. To vše v rámci terapií. Od února 2011 však začal pracovat na
částečný úvazek, dováží obědy a večeře z Mariana do sousedního Domova pro seniory. Za
to dostává své první vydělané peníze. Do té doby mohl disponovat pouze s kapesným.

Oblast volného času

V minulosti měl do 15.30 „*povinnou činnost*“, pak mohl poslouchat společné rádio v herně
nebo se dívat na televizi, nebo chodil ven na hřiště a na zahradu. Také měl možnost trávit
svůj volný čas v pěveckém nebo divadelním kroužku. Rád jezdil na výlety a rekreace se
řádovými sestrami, nyní se účastní ozdravných pobytů.

Dnes si může sám rozhodnout, co bude ve svém volném čase dělat. Dříve nemohl chodit
někam sám, chodilo se společně. Dnes rád sleduje televizi, vlastní spoustu DVD, které si
sám kupuje z kapesného. Pravidelně navštěvuje koncerty dechových kapel ve městě.

Dříve jezdil na výlety a rekreace se řádovými sestrami, nyní rád jezdí na ozdravné pobyty.

Každý den se ráno i večer stará o 3 psy, krmí je a venčí.

6.2 Vyhodnocení rozhovorů se zaměstnanci

Zaměstnanci byli před započítím rozhovoru seznámeni s tím, že se jich budu ptát na dobu,
kdy byli dotazováni uživateli v produktivním věku, tj. roky 1970 – 1990 jako na minulost.

6.2.1 Respondentka R4

Paní R4 pracuje v zařízení 41 let.

Oblast bydlení

Když paní R4 nastoupila do tehdejšího Ústavu sociální péče, žili zde „*chovanci*“ od 3 do
18 let, později se již po dosažení plnoletosti nestěhovali, ale zůstávali zde do konce svého
života. Proto zde v současnosti žijí lidé od 18 až do 80 let.

Děti byly rozděleny na oddělení podle pohlaví, ale různého věku i mentálního postižení, aby ti méně postižení mohli pomáhat těm ostatním. Dnes jsou uživatelé rozdělení podle pohlaví, věk není rozhodující. Na oddělení bylo 20 klientů, v ložnici spalo všech 20 dohromady. Ve službě byla vždy 1 pracovnice – většinou sanitářka. Nyní bydlí na oddělení 13 osob na pokoji jedno, dvou, tří nebo čtyřlůžkovém. Zaměstnanci nejsou zdravotníci. Oddělení se skládalo z ložnice, koupelny a denní místnosti, ve které se klienti zdržovali celý den. Nábytek byl ústavní, nebyla možnost, aby měli svůj. V současnosti se oddělení skládá z pěti ložnic, denní místnosti, ve které je kuchyňský kout a sociálního zařízení. Ani dnes uživatelé nemají možnost mít vlastní nábytek.

Oblast zaměstnání

Ráno byla škola od 8 – 12 hodin, pak přestávka a odpoledne ještě od 14 – 16 hodin. Ve škole vyučovaly řádové sestry – učitelky. Klienti, kteří byli zbaveni školní docházky, trávil čas na zahradě, v sále, tělocvičně nebo na pokoji. Starší klienti, kteří už nechodili do školy pracovali – například uklízeli celou budovu, protože uklízečky v zařízení nebyly. Nebo pracovali na zahradě, kde se pěstovala veškerá zelenina a ovoce, také se chovala domácí zvířata jako prasata, kozy, slepice. V současné době uživatelé dopoledne tráví v denní místnosti, na zahradě, v keramické dílně, muzikoterapii, ve „škole“ nebo na rehabilitaci. Odpoledne tráví podle svého uvážení a počtu pracovníků ve službě ve svém pokoji, na zahradě, v denní místnosti nebo na vycházce ve městě.

Oblast volného času

Mimo zařízení chodili jen klienti, kteří chodili do školy. „*Jinak se nechodilo nikde s ostatními klienty*“. Oblečení se kupovalo hromadně, do zařízení docházeli prodejci nebo se nakupovalo ve skladech. Klienti neměli možnost výběru. Kapesné dostávali jen někteří klienti, a ti měli možnost s ním disponovat podle svého uvážení. Dnes chodí na vycházky do města, do divadla, na koncerty, také využívají kadeřnické služby ve městě. Kapesné mají všichni uživatelé ve výši 100,- Kč.

V zařízení je vlastní kuchyň, kde se vařilo a jedlo se v jídelně ve sklepě. Střídal se tam postupně všechny oddělení, takže moc času na jídlo nebylo. Možnost výběru jídla nebyla. Nyní se uživatelé stravují na svém oddělení v denní místnosti, bez možnosti výběru jídla.

6.2.2 Respondentka R5

Paní R5 pracuje v zařízení 40 let.

Oblast bydlení

Protože se Marianum skládá ze dvou budov, „*v jedné bydlely děvčata a „ležící“ oddělení, které podle pohlaví rozděleno nebylo*“. V druhé budově bydleli chlapci a nejmenší děti, které také bydlely společně. Na oddělení i v ložnici bydlelo většinou 20 klientů, o které se starali 4 zaměstnanci – ale ve službě byla vždy jen jedna sestra. Byly zde ošetřovatelky, zdravotní sestry a sanitářky, jen na některých odděleních u malých dětí byly vychovatelky. Klienti nemohli mít vlastní nábytek, ten byl pouze ústavní.

Dnes jsou uživatelé rozděleni podle pohlaví, jen ti s nejtěžším postižením bydlí společně. Oddělení se skládá ze 13 uživatelů, kteří spí v jedno až čtyřlůžkovém pokoji. Zaměstnanci jsou absolventy kurzu pro pracovníky v sociálních službách, ve službě je podle možností jeden až tři zaměstnanci.

Oblast zaměstnání

Mladší klienti chodili do školy, kde vyučovaly řádové sestry, které je naučily číst, psát, počítat, vyšívat. Šikovnější stlali postele, vytírali podlahy, ostatní seděli „v herně“, kde si malovali, stavěli stavebnice nebo jen sledovali dění kolem sebe. Na oddělení, kde paní R5 pracovala, byla věková hranice klientů 15 – 40 let. Starší klienti byli většinou samostatní a měli jinou práci v pracovní skupině. Peníze ani kapesné žádné neměli. Uživatelé navštěvují aktivizační dílny, solnou jeskyni, chodí do města k holiči nebo na pedikúru.

Oblast volného času

Ven mimo zařízení se chodilo na vycházky, na výlety nebo na tábory. Také do kina nebo loutkového divadla. Ale vlastní kino bylo i v Marianu, každou neděli se promítaly filmy. Klienti mohli mít i své oblečení, které dostali od rodičů. Děti měly oblečení ústavní, starším klientům se kupovalo ošacení z důchodu. Dnes se oblečení kupuje s uživatelem, ten má možnost si vybrat podle svého přání. Kapesné mají všichni uživatelé ve výši 100 – 500 Kč. Uživatelé, kteří mají volné vycházky, chodí ven sami, ostatní s doprovodem. Také se jezdí na ozdravné pobyty a jednodenní výlety.

Stravování probíhalo v jídelně ve sklepě, ve které se střídaly u jídla 3 oddělení. Nyní se uživatelé stravují v denní místnosti nebo ve svém pokoji podle přání. Možnost vybrat si jídlo dosud nemají.

6.2.3 Respondentka R6

Paní R6 pracuje v Marianu 25 let

Oblast bydlení

Paní R6 pracovala s klienty školního i staršího věku. Ti byli rozděleni podle věku i podle pohlaví. Na oddělení bylo 25 mužů, v jedné ložnici spalo 19 klientů, další 2 ložnice byly třílůžkové. Dnes pracuje na oddělení, kde 17 uživatelů bydlí v sedmi dvou až čtyřlůžkových ložnicích. Vlastní nábytek klienti mít nemohli, nyní si pokoje podle možností zařídit mohou. Oddělení se skládalo z koupelny a denní místnosti. O klienty se starali pracovníci se sanitářským nebo ošetřovatelským kurzem a také zdravotní sestry. Také zde pracovali výchovní pracovníci, ale ne na oddělení. Dnes se o tyto muže starají pracovníci v sociálních službách, v aktivizacích pracují také pedagogičtí pracovníci.

Oblast zaměstnání

Škola už v Marianu nebyla, mladší klienti chodili do výchovných skupin a ti starší s ukončeným vzděláním do pracovních skupin. Po práci měli divadelní kroužek. Dnes mimo aktivizaci v Marianu navštěvují aktivizační dílny ve Fokusu nebo v Charitě, také mají možnost chodit k holiči a na pedikúru do města. Klienti, kteří měli kapesné, s ním mohli volně disponovat. Dnes mají všichni kapesné, dva uživatelé pracují na Dohodu o pracovní činnosti a dostávají za svou práci výplatu. Klienti, kteří měli kapesné, s ním mohli volně disponovat.

Oblast volného času

Klienti, kteří chodili na volné vycházky, využívali holiče, chodili do kina a ostatní také chodili mimo zařízení, ale ne tak často. Na dovolenou jezdili klienti domů nebo na výlety, túry nebo ozdravné pobyty.

Oblečení bylo inventární – pro mladší klienty, kteří ještě neměli 18 let, pro starší se nakupovalo hromadně pro všechny stejné oblečení. Stravování ještě probíhalo v suterénu ve sklepní místnosti, kde se střídalo víc oddělení, a klienti neměli dostatek času, aby se stihli najíst. V současné době si uživatelé nakupují oblečení v doprovodu zaměstnanců, mají možnost si je sami vybrat. Stravování probíhá v denní místnosti oddělení.

6.3 Odpovědi na výzkumné otázky

VV1 Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení, zaměstnání a volného času uživatelé s mentálním postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb před transformací?

Oblast bydlení

V době před transformací sociálních služeb uživatelé v Marianu bydleli ve vícelůžkových pokojích, bývalo jich v ložnici 50, později 20 a méně. Neměli možnost vybrat si spolubydlicí ani pořídit si do pokoje vlastní nábytek nebo doplňky. Zařízení pokojů bylo účelné, ale

Oblast zaměstnání

V dětství všichni chodili do školy, která byla přímo v budově pobytového zařízení, zpočátku děti vyučovaly řádové sestry, později speciální pedagogové. Od 15 let byli klienti zařazeni do některé z pracovních skupin například do zahrady, do kuchyně nebo do prádelny. Tím se podíleli na chodu celého zařízení. Protože se však vše odehrávalo v rámci terapií, za svou práci nedostávali žádné peníze. Kapesné se klientům začalo vyplácet až v pozdějších letech.

Oblast volného času

Uživatelé většinou trávili volný čas společně. Poslouchali společné rádio, sledovali společnou televizi, promítaly se filmy pro všechny. Mohli chodit na zahradu, na hřiště, ale většinou vše bylo organizované. Jen několik klientů mělo samostatné vycházky a mohlo trávit volný čas podle svých představ samostatně. Také však jezdili na rekreace a výlety.

VV2.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení, zaměstnání a volného času zaměstnanci pobytového zařízení sociálních služeb před transformací?

Oblast bydlení

V minulosti nebyly v zařízení výjimkou vícelůžkové ložnice, i když se postupem času snižoval počet osob z 50 na 20. Uživatelé byli rozděleni na oddělení podle pohlaví, méně často již podle věku.

Zaměstnanci měli převážně zdravotnické vzdělání, sanitářské a ošetrovatelské kurzy. Pedagogickým vzděláním disponovaly řádové sestry, které klienty ve škole učily trivium. Později je nahradily vychovatelky u mladších klientů nebo v terapiích.

Celé oddělení bylo vybaveno ústavním nábytkem, nebyla možnost, aby měli klienti nábytek svůj. Oblečení bylo nakupováno hromadně, mladší klienti měli ošacení ústavní. Stravování probíhalo v jídelně ve sklepní místnosti, která byla společná pro několik oddělení.

Oblast zaměstnání

Děti navštěvovaly školu v zařízení, ty, které byly zbaveny školní docházky, trávily čas v denní místnosti, na zahradě nebo v tělocvičně. Starší klienti byli zařazeni do pracovních skupin, ve kterých měl každý svůj úkol.

Oblast volného času

Klienti, kteří měli samostatné vycházky, mohli chodit mimo zařízení, jinak ven chodili převážně jen klienti s lehčím postižením. Také kapesným disponovalo jen několik málo klientů.

VV3 Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení, zaměstnání a volného času uživatelé s mentálním postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb během transformace?

Oblast bydlení

Během transformace se začaly měnit podmínky bydlení, zmenšovaly se pokoje a dotyční uživatelé bydlí v pokojích nejvíce po třech. Mohou si jej zařídit vlastním nábytkem, většina z nich má svou televizi, rádio a jiné doplňky. Dotázaní uživatelé si také mohli vybrat, s kým chtějí v pokoji bydlet.

Oblast zaměstnání

Protože dva ze tří dotazovaných již dosáhli důchodového věku, otázka dnešního zaměstnání se jich dotýká již jen okrajově. Jeden ještě pracuje na zahradě, ale jen dobrovolně, pokud chce. Druhý uživatel již užívá zaslouženého odpočinku. Třetí uživatel dostal možnost pracovat na Dohodu o pracovní činnosti, což dříve nebylo možné.

Oblast volného času

Dnes mají uživatelé možnost volby, jak naloží se svým volným časem. Mohou se sami rozhodnout, jestli budou trávit své volno s ostatními, anebo sami podle své nálady. Podle personálních možností zařízení také jezdí podle svých přání na výlety a rekreace. Některé aktivity, které jsou současným obyvatelům pobytového zařízení umožněny, dotazovaní uživatelé již vzhledem ke svému věku nevyužívají. Sami o sobě říkají, že už „*jsou v důchodu*“, proto se pobytové zařízení snaží zajistit jim klid a soukromí – například zřízením bytu pro 9 uživatelů v obrovské budově Mariana.

VV4.: Jakým způsobem popisují kvalitu bydlení, zaměstnání a volného času zaměstnanci pobytového zařízení sociálních služeb během transformace?

Oblast bydlení

V této oblasti jsou patrné největší změny, pokoje se zmenšují, dotázané respondentky uvádějí, že uživatelé bydlí v jedno až čtyřlůžkových pokojích a na některých odděleních mají uživatelé možnost si pokoje vybavit vlastním nábytkem.

Oblast zaměstnání

Někteří uživatelé Mariana v současnosti pracují na Dohodu o pracovní činnosti a dostávají za práci své první vydělané peníze. Jinak mají možnost pracovat v aktivizačních dílnách v Marianu, například v keramické, tkalcovské, stolařské nebo košíkářské dílně, ve „škole“ nebo muzikoterapii.

Oblast volného času

Trávení volného času je závislé na možnostech každého oddělení. Uživatelé mají možnost si vybrat, jak budou trávit svůj volný čas, ale musí se teprve učit, jak s ním nakládat. Zaměstnanci se snaží nabídnout jim různé možnosti trávení volného času, ale uživatelé převážně staršího věku nejsou ochotni změny ve svých stereotypech akceptovat.

ZÁVĚR

V průběhu života každého člověka dochází k mnoha změnám, některé jsou závislé na prostředí bez možnosti ovlivnění samotným člověkem, jiné jsou v přímé kompetenci každého z nich. Bohužel jsou mezi námi lidé, kterým je možnost rozhodnout se utvořit si život dle svých představ nějakým způsobem odepřena a omezena. Zde zejména patří lidé s mentálním postižením, kteří jsou uživateli pobytových zařízení. Přestože je těmto osobám nabídnuta široká škála různých aktivit, je toto vždy závislé na konkrétní instituci, ve které žijí. Každá změna vyžaduje čas a přípravu, proto k ní dochází v dlouhodobém časovém úseku. Změny, které život přináší, jsou různě přijímány a adaptace na ně je rozdílná.

Cílem této práce byl náhled na posun v kvalitě života obyvatel se zdravotním postižením v období několika desítek let jejich života v Domově pro osoby se zdravotním postižením a zaznamenat, jak a zda vůbec vnímají posun v kvalitě života uživatelé s mentálním postižením a jak jej vnímají zaměstnanci.

V teoretické části jsem se zaměřila na vysvětlení pojmů kvalita života, pobytové zařízení sociálních služeb, Domov pro osoby se zdravotním postižením, standardy kvality sociálních služeb a transformace. Dále jsem definovala kvalitu života podle několika autorů a popsala mentální postižení.

Praktická část zahrnuje popis místa výzkumu, metodologii, představení výzkumného vzorku a zpracování a vyhodnocení dat.

Hlavním cílem práce bylo porovnat změny v kvalitě bydlení, zaměstnání a volného času uživatelů s mentálním postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb pohledem jeho uživatelů a zaměstnanců před a během transformace.

Nejmarkantnější změny jsem zaznamenala v oblasti ubytování uživatelů, kde tyto rozdíly nejvíce pocítili nejen uživatelé, ale také zaměstnanci. Ložnice, ve kterých někteří uživatelé prožijí velkou část svého života, nyní začínají připomínat pokoje, ve kterých bydlí vrstevníci našich uživatelů žijící v běžné rodině.

Oblast zaměstnání zahrnuje to nejdůležitější pro seberealizaci a tím i následnou inkluzi uživatele do společnosti – možnost pracovat a dokonce za svou práci dostávat finanční odměnu, což v minulosti nebylo myslitelné. Uživatelé vnímají pocit důležitosti, že pracují, ale naučit některé z nich zodpovědnosti a pravidelnosti je otázkou dlouhodobější přípravy.

V oblasti využití volného času jsem zohlednila věk dotázaných, který jim v současnosti neumožňuje využívat všech možností, které jim dnes zařízení nabízí. V domově pro osoby se zdravotním postižením jsou nabízeny i aktivity, které dotázaní uživatelé pro svůj věk již prostě nemůžou nebo nechtějí využívat.

Z výzkumu je patrné, že nejen zaměstnanci, ale i samotní uživatelé změny v kvalitě svého života vnímají, a jsou schopni posoudit, jak se změnil jejich život v průběhu několika desetiletí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BLÍŽKOVSKÝ, B. *Systémová pedagogika*. Ostrava: Amonium serves, 1997.
2. DŽUKA, J. *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita, 2004. ISBN 80-8068-282-8.
3. FREUD, S. *Vybrané spisy*. Praha: Avicenum a Universe. 1993
4. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
5. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
6. HOLUB, J., LYER, S. *Stručný etymologický slovník jazyka českého se zvláštním zřetelem k slovům kulturním a cizím*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-7368-110-2. 4. vydání
7. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Praha: ANAG, spol. s r. o., 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
8. KREJČÍŘOVÁ, O. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: UP Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244-1635-9.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. IBSN 80-7178-551-2.
10. MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. IBSN 80-7184-164-1.
11. MÜHLPACHR, P., *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004, ISBN 80-210-3345-2.
12. PAYNE, J. a kolektiv. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
13. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
14. POTŮČEK, M. *Velká hra o budoucnost*. Lidové noviny, 23. 3. 2002.
15. SOBEK, J. a kol. *Práva lidí s mentálním postižením*. Portus, 2007.
16. STRAUSS, A., CORBINOVA, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
17. ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

18. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
19. VAĎUROVÁ, H. MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
20. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
21. Příručka *Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji*, vydal Moravskoslezský kraj 2010
22. Příručka *Plánování přechodu ze školy do života*, vydalo Centrum sociálních služeb Libereckého kraje 2002
23. *100 let Marianum*. Opava: Kongregace Dcer Božské Lásky, 2009
24. Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.
25. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení*. Ostrava: Sagit, 2010. ISBN 978-80-7208-794-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

ÚSP Ústav sociální péče

CNS Centrální nervový systém

AAMR Americká asociace pro mentální retardaci

SEZNAM PŘÍLOH

Okruhy otázek pro uživatele

Oblast bydlení

1. Jak dlouho jste v Marianu
2. Kolik vás bylo na pokoji dříve
3. Kolik je vás na pokoji dnes
4. Měl jste v minulosti možnost vybrat si spolubydlící
5. Máte možnost vybrat si spolubydlící dnes
6. Měl jste možnost zařídit si pokoj podle svého – např. obrázky, nábytek
7. Máte možnost zařídit si podle svého přání dnes
8. Měl jste dříve možnost výběru oblečení
9. Máte tu možnost dnes

Oblast zaměstnání

1. Chodil jste do školy
2. Chodil jste v minulosti do zaměstnání
3. Co jste dělal
4. Chodil jste do práce rád
5. Pracoval jste v zařízení nebo mimo něj
6. Dostával jste za práci peníze
7. Máte nějaké své peníze dnes

Oblast volného času

1. Měl jste dříve po práci nějaký volný čas, co jste dělal
2. Mohl jste se sám rozhodnout, co budete po práci dělat
3. Chodil jste dříve sám kina nebo do města
4. Co děláte ve volném čase dnes
5. Máte možnost chodit ven mimo Marianum dnes
6. Jaké jste měli dříve možnosti rekreace
7. Jaké máte možnosti trávení dovolené a prázdnin dnes

Okruhy otázek pro pracovníky

Pracovníci byli před započítím rozhovoru seznámeni s tím, že se jich budu ptát na dobu, kdy byli dotazováni uživatelé v produktivním věku, tj. roky 1970 – 1990 jako na minulost.

1. Jak dlouho v zařízení pracujete
2. Jaká byli rozdělení uživatelé na oddělení - podle věku, pohlaví, jak jsou rozdělení dnes
3. Kolik bylo uživatelů na oddělení, kolik jich spalo v ložnici, jak to vypadá dnes
4. Jaký byl počet a odbornost personálu na oddělení, jak je tomu v současnosti
5. Jak bylo oddělení vybaveno nábytkem, možnost zařídit si pokoj podle svého dříve a nyní
6. Jaká byla náplň dne uživatelů – aktivizace, kroužky a jak je tomu dnes
7. Jak se dříve využívaly vnější zdroje – mohli uživatelé využívat služby mimo zařízení, jaké možnosti mají dnes
8. Jak se dříve řešilo oblečení, byla možnost výběru uživatelem, a jak se nákup oblečení řeší dnes
9. Měli v minulosti uživatelé nějaké své peníze, s kterými mohli podle svého uvážení disponovat – jako například dnes kapesné - a jak je to v současnosti
10. Jakým způsobem probíhalo stravování uživatelů, měli možnost výběru jídla, jaké možnosti mají dnes