

# **Evaluace kvality domova pro osoby se zdravotním postižením v průběhu let 2009-2013**

Ivana Štajnarová, DiS.

---

Bakalářská práce  
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Štajnarová, DiS.**  
Osobní číslo: **H11575**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Evaluace kvality domova pro osoby se zdravotním postižením v průběhu let 2009 – 2013**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, standardů kvality sociálních služeb, kombinovaného postižení a evaluace.**

**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**

**Realizace kvantitativního výzkumu formou sekundární analýzy dat z dotazníkových šetření.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČÁMSKÝ, P., J. SEMBDNER a D. KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.

MPSV. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003. ISBN 80-86552-66-7.

PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Ilona Kočvarová, Ph.D.

Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

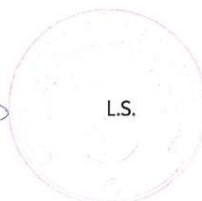
27. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

2. května 2014

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 ..... 2.5.2014



.....

*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 nevydělává zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li někdo 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 sč. 121/2000 Sb. neplatí.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 výdělku jim 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 přihlíží k větší výdělku dosaženému školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce analyzuje evaluaci kvality poskytované sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad-Buchlovská v letech 2009 - 2013. Teoretická část shrnuje obecně dostupné informace o sociálních službách, jejich legislativním zakotvení a o standardech kvality sociálních služeb, blíže specifikuje osoby se zdravotním postižením. Dále charakterizuje zkoumané zařízení, jeho historii, potupy při hodnocení kvality a vize do budoucna. Praktická část byla realizována za pomoci kvantitativního výzkumu formou sekundární analýzy dat z dotazníkového šetření. Popisuje použité metody, způsob zpracování získaných dat a následné vyhodnocení. Získané závěry budou sloužit jako zpětná vazba pro vybrané zařízení.

**Klíčová slova:** sociální služby, standardy kvality sociálních služeb, domov pro osoby se zdravotním postižením, kombinované postižení, kvantitativní výzkum

## **ABSTRACT**

The thesis analyzes evaluating the quality of social services provided in the home for people with disabilities Velehrad – Buchlovská in 2009 – 2013. The theoretical part summarizes the available information on social services, their law system and quality standards of social services, clarifies persons with disabilities. It further describes examined the device, its history, procedures fo assessing the quality of a vision for the future. The practical part was implemented using quantitative research as a secondary data extracted from questionnaires. Describes the methods, which was used, the mothod od data processing and evaluation. The obtained finding will serve as feedback to the selected device.

**Keywords:** social services, social services quality standards, home for persons with disabilities, multiple disabilities, quantitative exploration

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Iloně Kočvarové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost, ochotu a trpělivost při jejím zpracování. Mé další díky patří vedoucí Domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad-Buchlovska Mgr. et. Bc. Aleně Novotné, která mi umožnila zpracovat výzkumné šetření pro toto zařízení.

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

...jakoby svět byl kalvárií, dlouhou, pustou, nesmyslnou...

Sotva se narodíš, neseš svůj kříž, co tě tíží a tlačí dolů...jakoby svět byl k zavržení a přitom ještě pořád o sebe stál...jakoby znal své uzdravení a přitom svoji spásu znovu ukřížoval.

Bratři Orffové

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	<b>13</b>
1.1 DĚLENÍ A KLASIFIKACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	15
1.2 SUBJEKTY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	17
1.3 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	18
1.4 STANDARDY KVALITY .....	19
1.4.1 Dělení standardů kvality sociálních služeb .....	20
<b>2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ</b> .....	<b>24</b>
2.1 KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ.....	25
2.1.1 Etiologie kombinovaného postižení.....	25
2.2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	26
2.2.1 Etiologie mentálního postižení.....	26
2.2.2 Klasifikace mentální retardace .....	27
2.3 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	28
2.3.1 Etiologie a klasifikace tělesného postižení .....	29
2.4 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA .....	31
2.4.1 Etiologie a základní formy DMO.....	31
2.5 SMYSLOVÁ POSTIŽENÍ .....	32
<b>3 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM</b> .....	<b>36</b>
3.1 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA UHERSKOHRADIŠŤSKU .....	37
3.2 HISTORIE ÚSTAVŮ NA VELEHRADĚ .....	38
3.3 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VELEHRAD-BUCHLOVSKÁ.....	39
3.3.1 Možnosti využití volného času.....	40
3.4 EVALUACE DZP VELEHRAD-BUCHLOVSKÁ .....	41
3.4.1 Evaluace .....	42
3.4.2 Systém evaluace v DZP Velehrad – Buchlovská.....	43
3.5 VIZE DOMOVA A TRANSFORMACE.....	45
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>48</b>
<b>4 METODOLOGIE</b> .....	<b>49</b>
4.1 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	51
4.2 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	55
4.3 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE HYPOTÉZ.....	59
4.4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	61
4.5 SHRNUÍ VÝZKUMU.....	73
4.6 DISKUSE.....	75
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>78</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>80</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>83</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>84</b>



<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>85</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>86</b>

## ÚVOD

V roce 2006 nastal velký zlom, přijetím dlouho očekávaného zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato reforma sociálních služeb přinesla spoustu změn a zaměřila se především na tři hlavní aktivity – plánování sociálních služeb, změna financování a standardy kvality sociálních služeb. Od zavedení standardů kvality sociálních služeb je velký důraz kladen právě na zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb a tato problematika je velmi diskutovatelná.

Není pochyb o tom, že některá zařízení sociálních služeb fungují lépe než jiné. Vyskytují se mezi nimi rozdíly jak po stránce finanční, tak i po stránce technické. Rozdíly jsou znatelné především ve vybavení pro pracovní terapie a využívání volného času a bezpochyby velkou roli hraje i lidský faktor. Oblast sociálních služeb se často potýká s nedostatkem kvalifikovaného personálu a častou fluktuací zaměstnanců. Je to způsobeno především tím, že pracovníci v sociálních službách patří k nejhůře ohodnoceným pracovníkům na trhu práce. Všechny tyto faktory se pak odrážejí na kvalitě poskytované péče. Existuje množství zařízení, která poskytují svým klientům mimořádně kvalitní péči a stále hledají možnosti a nové způsoby, jak tuto péči zkvalitnit, jak zlepšovat svou práci ve prospěch uživatelů. Aby bylo možné poskytovat kvalitní péči, je třeba také nastavit systém, jak tyto nedostatky zjistit a následně se je pokusit odstranit.

Téma bakalářské práce je zaměřeno na zhodnocení kvality poskytované sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská z důvodu osobní angažovanosti do dané problematiky a také z důvodu, že problematika postižení ve velkém měřítku nabývá stále více na významu a to právě ve spojitosti se zajištěním kvalitní péči pro znevýhodněné jedince. Pro tyto osoby je velmi důležitá zdravotní a ošetrovatelská péče, ale mimo ni i aktivizační činnosti. Součástí kvalitní služby je i dostatečná informovanost. Hodnocení kvality je zaměřeno především na tyto čtyři oblasti.

Bakalářská práce je standardně členěna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části vymezujeme základní pojmy související se sociálními službami a standardy kvality sociálních služeb a kombinovaným postižením. Na závěr první části charakterizujeme vybrané sociální zařízení, pro které bylo výzkumné šetření provedeno. Teoretická část je zaměřena na popis teoretických východisek zvolené problematiky, které mají čtenáři přiblížit dané téma. V propojení s praktickou částí poskytují potřebné informace.

Praktická část blíže popisuje metodologii a seznamuje čtenáře s problematikou daného výzkumu. Dále stručně a jasně popisujeme způsob zpracování dat, která jsou následně prezentována. Na závěr praktické části je uvedeno shrnutí výsledků a vyhodnocení.

V samotném závěru jsou pak uvedeny stanoviska, doporučení a přínosy pro praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální služby byly až do roku 2006 poskytovány na základě Zákona č. 100/1988 Sb. a Vyhlášky 182/1991 Sb. Ani jedna z těchto norem však neodpovídala aktuálním potřebám sociálních služeb a společnosti a byl tedy nutný jejich rozvoj. Po roce 1989 tato oblast prošla velkými změnami, sociální služby se razantně rozšířily. Před těmito změnami chyběla v systému odpovědnost, nebyly vyčleněny kompetence účastníků procesu sociálních služeb a neexistuje ani žádný systém rozvoje pracovníků. Uživatelé byli bráni jako neurčitá kategorie svěřenců, o něž je třeba pečovat, ale nepřemýšlelo se nad tím, že je možné – nutné na ně také působit pomocí výchovných, vzdělávacích či pracovních programů. V této době bylo zcela běžné umístit tyto osoby do psychiatrických léčeben s následnou péčí v ústavech, čímž se jejich život ani zdaleka nemohl srovnávat s životem běžných vrstevníků. Proces deinstitucionalizace, jež je v sociálních službách spojován především se změnou vnímání poskytovaných služeb směrem od dominantního poskytování k individuální podpoře života člověka v jeho přirozeném prostředí, byl v roce 1989 ovlivněn aplikací principů ochrany lidských práv a vznikem právních standardů kvality, dále také procesem přípravy vzniku a aplikací zákona o sociálních službách (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 9-12).

I přesto, že se po roce 1989 nabídka sociálních služeb rozšířila, postupem času se ukázalo, že jejich kvalita se značně liší. Neexistovala žádná organizace, která by pro pracovníky sociální oblasti byla oporou nebo naopak řešila mnohdy závažná pochybení (Horecký, Tajanovská, 2011, s. 17).

V souvislosti s problémy, s kterými se tedy i nadále sociální oblast potýkala, začalo se uvažovat o nutné změně, kterou 1. ledna 2007 přinesl Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon zcela pozměnil dosavadní model sociální péče na nový systém sociálních služeb (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008, s. 25).

Několikaletá příprava tohoto zákona nebyla vůbec jednoduchá a s novým systémem se změnilo hned několik oblastí. Zejména se jednalo o postavení klientů, s cílem o rozvoj nebo alespoň zachování jejich schopnosti a soběstačnosti. Návrat, popřípadě setrvání v jeho vlastním domácím prostředí, vést samostatný život, pokud toho mohou být schopni. Změnou financování mění zákon postavení zadavatelů a výrazný dopad měla změna i na poskytovatele, kteří musejí svou službu registrovat, plnit zákonem stanovené předpoklady a kritéria. Nový zákon kromě výše popsaných změn zavádí další nové pojmy, jako

je příspěvek na péči, který je součástí jednoho s pilířů financování sociálních služeb. Dále je to inspekce kvality, která kontroluje poskytování sociální služby a standardy kvality sociálních služeb (Michálek, 2007, s. 5-6).

S příchodem nového zákona tedy přišel skutečný rozvoj sociálních služeb. Oblast začala být řešena koncepčně a komplexně legislativně, jak z hlediska financování, tak z hlediska ochrany lidských práv či odborného vědění (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 10).

Mimo tento zákon, který zásadně ovlivnil sociální oblast, byla v únoru roku 2003 schválena tzv. Bílá kniha v sociálních službách. Tento konzultační dokument vymezuje sedm vůdčích principů, které tvoří základ sociálních služeb v ČR. Těmito principy jsou nezávislost a autonomie pro klienty, začlenění a integrace, respektování potřeb, partnerství, kvalita, rovnost bez diskriminace a standardy národní, rozhodování v místě (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008, s. 20-21).

Dle zmiňované Bílé knihy můžeme sociální služby popsat jako služby o lidech v přirozeném prostředí, kdy se jedná o sociální tvory, kteří si přejí mít své místo i roli v životě a sociální služby si kladou za cíl jim v tomto dopomoci, pokud toho sami nejsou schopni. Sociální služby jsou zaměřeny na jedince, jejich rodiny i sociální sítě a poskytují jim dle individuálních potřeb pomoc nebo podporu. Z toho vyplývá, že zde musí být k dispozici nabídka služeb, která bude schopna tyto potřeby uspokojit (MPSV, 2003, s. 8).

Dle Matouška (2007, s. 9) „Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společenského života začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupinu, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je sociální službou definovaná jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (ČESKO, 2006).

Ať už srovnáme definici ze zákona, Bílé knihy nebo od různých autorů, kteří se problematikou sociálních služeb blíže zabývají, můžeme s jistotou říct, že se všechny definice shodují v tom, že jde o poskytování potřebné pomoci a podpory lidem v nepříznivých životních situacích, se kterými si sami nedokážou poradit. Jde o individuálně zaměřenou pomoc, která umožňuje běžný způsob života, návrat do běžného života nebo alespoň přiblížení se tomuto životu, dle možností klienta.

## 1.1 Dělení a klasifikace sociálních služeb

Během života se dostáváme do mnoha nepříznivých situací, se kterými se musíme vyrovnat. Jde o situace, které nejsme schopni vyřešit sami nebo s pomocí svých blízkých například vážné nemoci, zdravotní postižení, chudoba, invalidita nebo jiná situace, která ohrožuje náš život. Aby sociální služby pokryly všechny tyto oblasti, existuje několik základních druhů, které jsou dále specifikovány dle cílových skupin, komu je služba určena. Můžeme se setkat s různými kritérii členění sociálních služeb. Vždy se však musí odrážet od zákonem stanovené normy.

Sociální služby se dle §32 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

### Sociální poradenství

Rozděluje se na základní a odborné, kdy základní je poskytováno bezplatně a má na něj nárok každá osoba v nepříznivé životní či sociální situaci. Odborné poradenství se již zaměřuje na určité okruhy sociálních skupin, např. manželské nebo rodinné poradny, poradny pro seniory. Součástí je i možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek (Michalík, Jesenská, Vencel, 2007, s. 19).

### Sociální péče

Tato služba je zaměřena na zajištění fyzické a psychické soběstačnosti. Cílem je umožnit osobám zapojení do běžného života, pokud nejsou tohoto schopni, zajišťuje jim důstojné prostředí a zacházení buď v domácím prostředí, nebo v zařízení sociálních služeb. Můžeme zmínit třeba osobní asistenci, pečovatelskou službu, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře nebo domovy pro osoby se zdravotním postižením či domovy pro seniory (Králová, Rážová, 2009, s. 68-93).

### Služby sociální prevence

Snaží se chránit společnost před vznikem nežádoucích sociálně patologických jevů. Napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení osob a překonat jejich nepříznivou sociální situaci. Může se jednat o krizovou životní situaci, životní návyky nebo specifický způsob života – kriminalita, drogová závislost aj. Do služeb sociální prevence řadíme např. telefonickou krizovou pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, intervenční centra, noclehárny nebo terapeutické dílny či komunity (Matoušek, 2007, s. 43-44).

Dalším kritériem pro dělení sociálních služeb je místo a délka jejího poskytování. Služby dle místa poskytování mají tři formy – terénní, ambulantní a pobytovou.

Terénní služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí potřebného, ambulantní je poskytována na principu docházení potřebné osoby do zařízení sociálních služeb. Součástí těchto služeb není ubytování. Poslední z forem je pobytová služby, jež nabízí ubytování, délka ubytování se může u jednotlivých pobytových služeb lišit (Michalík, 2007, s. 37).

Dle délky rozdělujeme sociální služby na dlouhodobé, které nejsou předem nijak časově limitovány. Jsou určeny především osobám s fyzickým, mentálním či smyslovým znevýhodněním. Střednědobé služby mají předem stanovenou hranici, po kterou může být služby využívána a krátkodobé služby, které jsou uskutečněny buď ihned, nebo nepřekročí zpravidla hranici jednoho měsíce (Kozlová, 2005, s. 24-25).

Toto je základní a nejčastější dělení sociálních služeb, pro příklad ale můžeme uvést ještě členění dle Matouška (2001, s. 178 – 179), který sociální služby dělí do dvou skupin na sociální služby státní a obecní a na sociální služby nestátní. Dále udává služby preventivní, terapeutické, rehabilitační, intervenční a pečovatelské.

Každý druh sociální služby je dále vymezen souborem základních činností, které jsou rozlišeny konkrétními úkony, jež jsou konkretizovány v prováděcí vyhlášce č. 505/2006, k zákonu o sociálních službách. Vymezení základních činností je poskytovatel vždy povinen zajistit a patří mezi ně např. pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, nákupy či úklid. Základní činnosti mohou být u některých druhů sociálních služeb totožné, liší se však svým rozsahem. Dále se v sociálních službách setkáváme s pojmem fakultativní činnosti, které nejsou zákonem přímo stanoveny a záleží na poskytovateli, do jaké míry si je vymezí. Jedná se o nadstandardní činnosti. Tyto činnosti jsou zpoplatněny a uživatel dané služby si je hradí z vlastních finančních prostředků (Králová, Rážová, 2009, s. 70-71).



## 1.2 Subjekty sociálních služeb

Hlavními subjekty, které tvoří základní komponenty při poskytování sociální služby, jsou zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé.

### Zřizovatelé sociálních služeb

Je to subjekt, který je přímo odpovědný za práci poskytovatele. Jsou to jak orgány státní správy, tak orgány územně samosprávných celků. Na území ČR to mohou být obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obce i kraje mohou v rámci své samostatné působnosti zřizovat sociální služby jako vlastní organizační složky nebo jako příspěvkové organizace. Ministerstvo práce a sociálních věcí je zřizovatelem převážně specifických ústavů s celostátní působností. Dalšími zřizovateli mohou být kromě výše zmíněných i nestátní neziskové organizace, které jsou dotovány z veřejných rozpočtů (Matoušek, 2007, s. 12).

### Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovateli mohou být obce, kraje a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby bez ohledu na jejich právní formu, fyzické osoby nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby lze poskytovat pouze za předpokladu splnění podmínek, které jsou uvedeny v § 79 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi základní podmínky patří podání žádosti o registraci, bezúhonnost a odborná způsobilost, zajištění hygienických podmínek, vlastnické nebo jiné práva k objektu, ve kterých bude služba provozována, zajištění materiálních a technických podmínek, které budou vyhovovat zvolenému druhu poskytované služby a v neposlední řadě to, že na majetek fyzických nebo právnických osob nebyl vyhlášen konkurs. O registraci sociální služby rozhoduje příslušný krajský úřad nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Krajský úřad taktéž ukládá pokutu, pokud je sociální služba poskytována bez registrace, což je považováno za správní delikt. Každý krajský úřad vede pro kontrolu přehledný registr poskytovatelů sociálních služeb v listinné i elektronické podobě (ČESKO, 2006).

### Uživatelé sociálních služeb

Jsou to subjekty, které využívají sociální služby z důvodu nepříznivé sociální situace, která je postihla nebo jsou odkázáni na pomoc druhé osoby z důvodu věku, tělesného, mentálního nebo jiného postižení, rodiny s dětmi aj. Často je užíván i výraz klient. Tento subjekt s poskytovatelem uzavírá smlouvu o poskytnutí sociální služby, která musí být písemně

a musí obsahovat náležitosti dle zákona. Smlouva se uzavírá jak pro ochranu uživatele, tak pro ochranu poskytovatele (Matoušek, 2007, s. 14).

### 1.3 Financování sociálních služeb

„Poskytování sociálních služeb je důsledkem stavu sociální nouze, tj. neschopnosti jedince zabezpečit své potřeby vlastními silami z jiných důvodů než hmotných (pak by šlo o hmotnou nouzi). Otázkou je, zda a jak může občan sám z vlastních prostředků uhradit náklady na poskytnutí sociální služby.“ (Tomeš, 2010, s. 366)

S příchodem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách došlo i v oblasti financování k zásadním změnám. Dříve docházelo k financování pouze ze státního rozpočtu, s návrhem zákona je usilováno o vícezdrojové financování sociálních služeb, z důvodu zajištění jejich stability v případě výpadku některého ze zdrojů. Samotný zákon o sociálních službách udává jako základní zdroje financování platby od uživatelů služeb, dotace ze státního rozpočtu, dotace z kraje a dotace z obce. Jako další zdroje financování jsou uváděny dary, vedlejší hospodářská a mimořádná činnost, granty a veřejné zdravotní pojišťovny. Dotace ze státního rozpočtu nebo z dotací obcí a krajů však náleží pouze sociálním službám, které jsou registrovány na základě podání žádosti (Králová, Rážová, 2009, s. 188-189).

Dnem účinnosti zákona o sociálních službách se zcela novým nástrojem financování stal příspěvek na péči. Jde o příspěvek, který je poskytnut přímo klientovi a ten se již sám rozhodne, který druh služby je pro něj nejvhodnější k zajištění potřeb. Už ze samotného názvu však vyplývá, že jde pouze o příspěvek a k zajištění úplné péče bude tedy zapotřebí ještě dalších zdrojů (Matoušek, 2007, s. 72-75).

Žadatel o příspěvek na péči musí splnit několik kroků, aby mu mohl být příspěvek uznán. V první řadě se jedná o podání žádosti o příspěvek na péči, na základě žádosti je zahájen proces posouzení stupně závislosti. Tento proces zahajuje sociální pracovník obce s rozšířenou působností, který taktéž provede sociální šetření v místě, kde žadatel žije. Následuje hodnocení posudkového lékaře okresní správy sociálního zabezpečení, který hodnotí stav a schopnost žadatele pečovat o svou osobu a být soběstačný. Příspěvek není příjmem uživatele, a proto ho nelze používat dle libosti, ale vždy za účelem zajištění základních služeb, které uživatel potřebuje. Zákon o sociálních službách rozlišuje čtyři stupně závislosti, dle toho, jak je osoba schopna pečovat o svou osobu, tedy dle míry

závislosti. Dále je dělena dle věku závislé osoby. Výše příspěvku v jednotlivých stupních je patrná z tabulky č. 1 (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 18 – 20).

Tabulka č. 1 *Výše příspěvku na péči*

stupeň závislosti	výše příspěvku na péči (Kč/měsíčně)	
	osoby mladší 18 let	osoby starší 18 let
I. stupeň (lehká závislost)	3.000,-	800,-
II. stupeň (středně těžká závislost)	5.000,-	4.000,-
III. stupeň (těžká závislost)	9.000,-	8.000,-
IV. stupeň (úplná závislost)	12.000,-	12.000,-

*Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*

#### 1.4 Standardy kvality

S reformou sociálních služeb bylo nutné nastavit i systém požadavků a systém určité kontroly poskytovatelů sociálních služeb, tak aby se předcházelo jakémukoliv zneužívání či špatnému zacházení s uživateli. Ministerstvo práce a sociálních věcí v souvislosti s těmito změnami vytvořilo standardy kvality sociálních služeb. Hlavním úkolem standardů tedy je zajistit kvalitu poskytovaných sociálních služeb (Kozlová, 2005, s. 55 – 56).

Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, díky nimž jsou naplňovány základní lidská práva a svobody uvedená v Deklaraci lidských práv a svobod. Všechny aktuální standardy můžeme najít v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Daná kritéria se zaměřují jak na výsledek, tak na proces poskytované sociální služby (MPSV, 2003, s. 5-6).

Standardy jsou formulovány obecně, jelikož se vztahují ke všem sociálním službám. Jednotlivé standardy dále obsahují jasná kritéria, jež jsou měřitelná. Tato měřitelnost je bezesporu důležitá pro poskytovatele, jelikož díky nim mohou snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co by bylo potřeba změnit – zkvalitnit. Služby lze hodnotit

interně, dochází k tzv. sebehodnocení. Důležité je však i hodnocení vnější, které nám poskytuje veřejnost (MPSV, 2002, s. 4 - 5).

Standards byly vytvářeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb v letech 1999 – 2003 a jedním z nejvýznamnějších ukazatelů při hodnocení služeb tedy je to, jak se služba promítá do života lidí, kteří ji využívají (MPSV, 2002, s. 4 – 5).

Nejsou ale jen nástrojem kontroly poskytovaných služeb, zároveň jsou průvodcem poskytovatelů sociálních služeb. Poskytují základní informace jak službu poskytovat co nejefektivněji, kvalitně a aby odpovídala i evropským standardům. Definují to, na co se má poskytovatel ve své činnosti zaměřit, čemu věnovat zvýšenou pozornost a jak sestavit vnitřní pravidla, postupy a metodiku zařízení (MPSV, 2003, s. 5 – 6).

Pro kontrolu, zda poskytovatelé opravdu splňují nastavená kritéria, byl vytvořen zvláštní orgán – inspekce kvality. Činnost tohoto orgánu není však jen čistě kontrolní, ale měla by upozorňovat i na případné nedostatky a vést k co nejrychlejšímu odstranění těchto nedostatků (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 24 – 26).

#### **1.4.1 Dělení standardů kvality sociálních služeb**

Standards kvality jsou rozděleny do tří hlavních kategorií. Jedná se o standards procedurální, personální a provozní.

Procedurální standards (standard č. 1 – standard č. 8) - zjednodušeně můžeme říct, že se jedná o vztah mezi uživatelem a poskytovatelem. Jde o nejdůležitější standards, jelikož stanovují, jak má poskytovaná sociální služba vypadat a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám člověka.

Personální standards (standard č. 9 a č. 10) - zaštiťují personální oblast služby. Kvalita služby je přímo závislá na kvalitě a přístupů pracovníků, na jejich schopnostech a dovednostech a také na podmínkách, které při práci s uživateli mají.

Provozní standards (standard č. 11 – standard č. 15) - tyto standards popisují prostory, kde je služba poskytována, dostupnost služby, ekonomické zajištění služeb a jejich další rozvoj a zkvalitnění (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008, s. 70).

**Standard č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociální služby**

Každý poskytovatel musí svou nabízenou službu blíže a jasně popsat, tedy specifikovat, co poskytuje a jakou má nabídku služeb, kdy a kde lze nabízené služby čerpat, pro koho je tato služba určena – vyčlenit cílovou skupinu. Jak a za jakých podmínek je tato služba poskytována a s jakým cílem. Součástí standardu je veřejný závazek, kterým se sociální služba písemně zavazuje, co musí plnit.

**Standard č. 2 Ochrana práv osob**

Je to jeden z klíčových standardů, který se týká dodržování práv uživatelů při poskytování sociální služby. Služba zajišťuje a podporuje uživatele při jejich prosazování. Vymezuje zde také situace, kdy by mohlo při poskytování služby dojít k porušování těchto práv, jak těmto situacím předcházet a jak vzniklé porušení práv řešit. Mimo práva zde vymezuje i povinnosti uživatelů.

**Standard č. 3 Jednání se zájemcem o službu**

Poskytovatel je povinen sdělit zájemci o službu veškeré informace takovým způsobem, aby jim porozuměl. Na zájemci záleží, zda se pro danou službu rozhone. Pokud dojde k zamítnutí žádosti ze strany poskytovatele, je jeho povinností odůvodnit zamítnutí a informovat ho o jiných sociálních službách, které jsou pro něj vhodnější.

**Standard č. 4 Smlouva o poskytnutí sociální služby**

Sociální služba je poskytována na základě písemné smlouvy. Tato smlouva stanovuje veškeré podstatné náležitosti od rozsahu a průběhu služby, až po osobní cíle, které má služba naplňovat. Smlouva je závazná pro obě smluvní strany, kterou je možné v průběhu služby měnit na základě vzájemné dohody.

**Standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby**

Tento standard vychází z principu, že služba by měla být poskytována dle individuálních potřeb uživatele, dle jeho schopností, možností a zdravotního stavu. Jsou zde akceptovány i možnosti samotného poskytovatele. Průběh služby je společně s uživatelem plánován a hodnocen.

**Standard č. 6 Dokumentace o poskytování sociální služby**

Poskytovatel v průběhu služby vyžaduje od uživatele konkrétní informace, které dále zpracovává a eviduje. Vždy by to měly být pouze ty informace, které k poskytování služby skutečně potřebuje.

**Standard č. 7 Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby**

Standard zaručuje možnost podání stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytované sociální služby. Tyto stížnosti a podněty by měly být zpětnou vazbou pro poskytovatele a následně sloužit ke zkvalitnění služby. Pro uživatele, příbuzné, opatrovníky i pro pracovníky, je zde možnost podat stížnost anonymně, aby ho toto nijak nepoškodilo.

**Standard č. 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

Poskytovatel v průběhu služby zajišťuje svým uživatelům příležitosti k využívání běžně dostupných služeb – obchody, pošta, MHD, divadlo, kadeřnictví aj. Dále by měl uživatele podporovat v kontaktech a vztazích s rodinou a přáteli.

**Standard č. 9 Personální a organizační zajištění sociální služby**

Zde je podstatou stanovení struktury a počtu pracovníků, kvalifikačních požadavků a osobních předpokladů. Je nutné, aby tato struktura odpovídala potřebám uživatelů a vedla tak k naplňování standardů kvality sociálních služeb.

**Standard č. 10 Profesní rozvoj zaměstnanců**

Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících. Poskytovatel je tedy povinen zajistit jim profesní rozvoj jejich dovedností a schopností, aby tak mohli zajišťovat stanovené osobní cíle uživatelů a naplňovali veřejný závazek služby.

**Standard č. 11 Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**

Poskytovatel určuje místo a čas, kde může uživatel službu využít.

**Standard č. 12 Informovanost o poskytované sociální službě**

Poskytovatel musí zpracovat soubor informací o službě, kterou poskytuje. Tyto informace by měly být zveřejněny na dostupných místech.

**Standard č. 13 Prostředí a podmínky**

Popisuje materiální, technické a hygienické podmínky, které by měly odpovídat potřebám cílové skupiny.

**Standard č. 14 Nouzové a havarijní situace**

Poskytovatel zde definuje situace, ke kterým může při poskytování služby nepředvídaně dojít (požár, náhlé zdravotní obtíže, ztráta či útěk uživatele) a stanovuje postupy, jak se v takových situacích zachovat. Pracovníci i uživatelé musejí být s těmito postupy obeznámeni.

**Standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby**

Sociální služba se neustále vyvíjí, zlepšuje a směřuje k co nejvyšší kvalitě. Průběžně je hodnoceno, zda je způsob poskytování služby v souladu s posláním a cíli zařízení a osobními cíli jednotlivých uživatelů. Do hodnocení služby jsou zapojováni jak uživatelé, tak jejich příbuzní a v neposlední řadě i pracovníci zařízení (ČESKO, 2006).

*Shrnutí*

*Nový zákon o sociálních službách, který nabyl účinnosti v roce 2007, zapříčinil mnoho změn v dosavadním poskytování sociálních služeb. Institucionalizovaná péče prošla celou řadou změn, které nejsou ještě zdaleka u konce. Tyto změny se dotkly jak poskytovatelů sociálních služeb, tak všech osob s postižením i jejich rodin.*

*Došlo k rozdělení sociálních služeb, na sociální poradenství, sociální péči a služby sociální prevence. Každá z těchto služeb je jasně upravena a formulována, jsou specifikovány základní činnosti, které musí poskytovatel zabezpečit, aby byla služba kvalitní.*

*Aby byla sociální služba poskytována opravdu kvalitně, byly vytvořeny standardy kvality sociálních služeb, které stanovují a popisují jednotlivá kritéria, která poskytovatel přizpůsobuje cílové skupině, pro kterou sociální službu poskytuje.*

*Změnilo se i financování sociálních služeb, které je v současnosti vícezdrojové a úplnou novinkou pak byl příspěvek na péči, což je příspěvek určený přímo uživateli, který sám může zvolit službu, na kterou příspěvek použije.*

*Všichni poskytovatelé musejí být registrováni v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Tento registr je veden krajským úřadem a podává ucelený seznam všech poskytovatelů jednotlivých druhů služeb.*

## 2 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Dle zákona o sociálních službách, můžeme za osoby se zdravotním postižením považovat jedince, mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení. Toto postižení v interakci s různými překážkami může bránit rovnoprávnému zapojení do společnosti a činí osobou závislou na pomoci jiné osoby (ČESKO, 2006).

Dle Slowika (2007, s. 27) „Postižení je omezení nebo ztráta schopnosti vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.“

Ač různí autoři uvádějí odlišné definice, můžeme zdravotní postižení vymezit jako dlouhodobý nebo trvalý stav, jež je charakterizován ztrátou nebo poškozením určitého orgánového systému. Tyto změny není možné odstranit ani výrazně zmírnit a tím se projevuje nejen porucha funkce orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti a kvalitu jeho života (Vágnerová, 2008, s. 161).

Dále dle Vágnerové (2008, s. 161 – 162) můžeme uvést, že změny jednotlivých funkcí nemusí mít stejnou příčinu a rozlišujeme tak dvě základní postižení, jež mají jednak odlišnou etiologii a jednak musíme volit i odlišné prostředky k jejich zlepšení či nápravě. Jedná se o primární a sekundární postižení, kdy primární zahrnuje především změny v rozvoji zrakového či sluchového vnímání a sekundární pak vzniká jako důsledek psychosociálních faktorů. Na tomto postižení se mohou podílet jak osobnostní vlastnosti, tak i vnější prostředí, v němž jedinec žije.

Chápání samotného pojmu postižení se v čase měnilo. Dříve nebyl přesně specifikován, v současnosti je snaha užívat toto slovo v souvislosti s osobou. I přesto je poukazováno na určitou nejednotnost a pojem je často nahrazován termíny jako znevýhodnění nebo člověk se specifickými potřebami, dále pak osoba s postižením či osoba se zdravotním postižením (Procházková, 2011, s. 11).

Vždy bychom měli mít ale na paměti, že jde v první řadě o člověka, jeho potřeby, pocity, názory, nároky a možnosti (Schindlerová, 2007, s. 15).

V dnešní době se stále častěji setkáváme s osobami, které mají dvě a více postižení současně. Takové postižení pak nazýváme kombinované postižení. Nejčastěji se jedná o kombinaci mentálního postižení, smyslového postižení, tělesného postižení či duševní postižení. Tyto kombinace se mohou objevovat nezávisle na sobě v různých etapách vývoje. V následujících kapitolách tedy blíže jednotlivé postižení popíšeme.



## 2.1 Kombinované postižení

Těžké, vícenásobné, kombinované postižení, kombinované vady, sdružené defekty, hluboké postižení nebo multihandicap. Všechny tyto pojmy se vztahují k osobě, která je postižená dvěma nebo více vadami současně a to nezávisle na sobě.

Dle Ludvíkové (2005, s. 5) „V defektologii jde o kombinované vady, když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami.“

Kombinované postižení můžeme dělit dle různých kritérií. Za dominantní vadu je považována mentální retardace, k níž se dále přidružují vady smyslové, tělesné, psychické onemocnění nebo vady řeči. Může se jednat o kombinaci tělesných a smyslových vad nebo o osoby autistické nebo s autistickými rysy s dalším postižením (Ludvíková, 2005, s. 10).

Velmi často používané členění je do dvou kategorií, dle toho, jak je jedinec schopen procesu rozvoje a socializace. Jedná se o lehce vícenásobné postižení, kdy osoby zvládají sebeobsluhu buď úplně samostatně, nebo s minimální podporou a jsou relativně samostatně schopni zvládat běžný život a těžce vícenásobné postižení, kde osoby nejsou schopny žít samostatně vůbec (Vančová, 2001, s. 19).

U osob s kombinovaným postižením je nejčastěji diagnostikována dětská mozková obrna a často se přidružuje mentální či smyslové postižení. Součástí kombinovaného postižení je v mnoha případech i epilepsie.

### 2.1.1 Etiologie kombinovaného postižení

Příčiny vzniku kombinovaného postižení jsou velmi rozmanité a často je nelze ani s jistotou určit. Na vznik mohou mít vliv různé projevy, příznaky, poruchy, narušení či deficity v různých vývojových obdobích života.

V prenatalním období se většinou vyskytují nejtěžší případy. Podstatnou roli zde hraje dědičnost, infekční choroby, špatná výživa matky, nedostatek kyslíku, stres, sociálně patologické prostředí, alkoholismus nebo drogová závislost těhotné ženy, jiné rizikové faktory. V prenatalním období vznik kombinovaného postižení nejčastěji zapříčiňuje průběh porodu. Jednak to může být předčasný porod, nízká porodní hmotnost, mechanické poškození při porodu, nedostatek kyslíku nebo infekce.

V postnatálním období jsou možnou příčinou úrazy hlavy, infekční choroby a další reálné příčiny vzniku v období po narození (srovnání Ludvíková, 2005; Slowik, 2007).

## 2.2 Mentální postižení

Mentální postižení nebo také mentální retardace je vrozená a trvalá i přesto, že na základě kvalitní stimulace je možné určité zlepšení. Touto stimulací myslíme především působení prostředí – výchovu, výuku a terapeutické vlivy. U tohoto postižení jde o snížení rozumových schopností, které se projevuje nedostatečným porozuměním a ztíženou sociální adaptací na běžné životní podmínky, nedochází k dostatečnému rozvoji myšlení a řeči (Vágnerová 2008, s. 289).

Problematikou mentálního postižení se zabývá speciálně pedagogická disciplína, nazývaná psychopedie. Zabývá se tímto postižením od prevence, prognostiky, diagnostiky, kompenzace a rehabilitace až po inkluzi a socializaci osob s mentálním postižením (Müller, Valenta, 2003, s. 4).

### 2.2.1 Etiologie mentálního postižení

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy. Může jít o poruchu endogenní (genetickou) nebo o faktory exogenní (vnější prostředí).

U příčin genetických je základem porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Jsou to poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autozomů, pohlavních chromozomů nebo genovou poruchou. Příčiny vnější pak způsobují faktory fyzikální, chemické nebo biologické během těhotenství a porodu matky. Toto může způsobit mechanické poškození při porodu, nedostatek kyslíku, léky, alkohol nebo drogy, virové infekce matky. Postnatální poškození mozku, nejčastěji zánětlivá onemocnění, úrazy a otravy, vzniklé přibližně do 1,5 – 2 let dítěte. Můžeme se setkat i s příčinou opožděného vývoje z důvodu špatné výchovy. V tomto případě ale nelze mluvit o mentální retardaci, jelikož postižení není vrozené a ani trvalé. Příčinou není poškození centrální nervové soustavy, ale nedostatečný přísun podnětů. Tento handicap nazýváme sociální poškození rozumových schopností a stav se vlivem podnětějšího prostředí může zlepšit (Švarcová, 2006, s. 24; Vágnerová, 2008, s. 290 – 292).

### 2.2.2 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace je dělena dle 10. revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992, v roce 2012 aktualizována. Toto postižení patří do oboru psychiatrie a je označována písmenem F:

Tabulka č. 2 *Klasifikace MR*

F 70	lehká mentální retardace	IQ přibližně mezi 50 – 69
F 71	středně těžká mentální retardace	IQ 35 – 49
F 72	těžká mentální retardace	IQ 20 – 34
F 73	hluboká mentální retardace	IQ nejvýše 20
F 78	jiná mentální retardace	
F 79	nespecifikovaná mentální retardace	

*Zdroj: Švarcová, 2006, s. 33*

#### **Lehká mentální retardace**

U osob s lehkou mentální retardací je myšlení i řeč konkrétní, verbální projev jednodušší. Jemná i hrubá motorika je lehce opožděna, pozornost může být nestálá, spíše krátkodobá. Myšlení je stereotypní a mechanické. I přes tyto obtíže je většina dospělých schopna dosáhnout určité samostatnosti a začlenit se na běžném pracovním trhu, potřebují však dohled a podporu (Vágnerová, 2008, s. 301).

#### **Středně těžká mentální retardace**

Objevuje se slabší schopnost komunikace. Rozvoj myšlení i řeči je výrazně opožděn a toto přetrvává až do dospělosti. Značně omezena je i schopnost sebeobsluhy a zručnosti, vyskytuje se nekoordinovanost pohybů. Jsou schopni běžných návyků a dovedností při častém opakování a následném zafixování činností. Je nutný stálý dohled, ale jsou schopni vykonávat jednoduché manuální práce (Vágnerová, 2008, s. 302).

### **Těžká mentální retardace**

Osoby jsou schopny chápat pouze základní souvislosti. Převládá u nich značná pohybová neobratnost. Omezena je i komunikace, řeč je jednoduchá, často se vůbec nevytvoří. Výchova i vzdělávání je limitováno. Zvládají pouze základní úkony sebeobsluhy a po celý život jsou závislí na péči druhé osoby (Vágnerová, 2008, s. 302).

### **Hluboká mentální retardace**

Většinou se jedná o kombinované postižení. Osoby bývají imobilní nebo velmi výrazně pohybově omezeni. Komunikace je neverbální, časté jsou výkřiky a grimasy, základy řeči nejsou vytvořeny. Jsou schopni rozeznávat známé a neznámé podněty, na které dokáží reagovat libostí či nelibostí (Vágnerová, 2008, s. 302).

### **Jiná mentální retardace**

Toto označení se používá, když není možné jedince zařadit do některé z výše uvedených kategorií. Je to z důvodu přidruženého postižení a to buď smyslového, nebo somatického, nebo pokud je přidružena porucha chování či autismus (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 32).

## **2.3 Tělesné postižení**

Dle Vágnerové (2008, s. 251) „Tělesné postižení je spojeno s mnoha omezeními, která mohou představovat dlouhodobý stres. Možné důsledky tělesného postižení lze definovat:

- pohybový defekt, tj. funkční handicap;
- tělesná deformace, tj. estetický handicap.“

Pro srovnání, dle Renotiérové, Ludvíkové (2003, s. 204) „Tělesné postižení jsou přetrvávající nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností.“

Definice pro tělesné postižení můžeme nalézt mnoho, autor od autora uvádí pojetí, které je odlišné, ale v konečném důsledku můžeme tělesné postižení popsat jako vrozené nebo získané kdykoliv během života jedince. Nejčastěji zasahuje pohybovou soustavu, můžeme se setkat ale i s postižením jiné orgánové soustavy. Jde o postižení, které je zjevné

na pohled, často jsou patrné i problémy v komunikaci. Tělesné postižení zasahuje psychiku člověka a velmi zásadním způsobem ji ovlivňuje.

### **2.3.1 Etiologie a klasifikace tělesného postižení**

Pohybové vady dělíme do dvou hlavních kategorií, a to na vrozené a získané. Vrozené tělesné postižení je způsobeno dědičností, různými infekcemi matky během jejího těhotenství, užívání medikace. Získané tělesné postižení je to postižení, které se objevuje až v průběhu života jedince a nejčastěji je způsobeno nehodami, dále infekcemi, může jej ale způsobit i dědičnost. Mezi tělesné postižení řadíme dětskou mozkovou obrnu, dále pak obrny periferní a centrální, nejrůznější druhy deformací, malformace, amputace a jiné vady - rozštěpy, vady lebky a páteře. Infekční obrny, degenerativní mozkové onemocnění, cévní mozkové příhody a traumatické obrny.

#### **Periferní a centrální obrny**

Liší se rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy – částečné ochrnutí, kdy je zasažena svalová síla a pohyblivost a plegie – úplné ochrnutí, kdy dojde k úplné obrně a končetina jen bezvládně visí. Jedná se o postižení získané úrazem horních či dolních končetin. Způsobeno je buď zhmožděním, nebo přerušením nervu (Vítková, 2006, s. 50).

#### **Deformace**

Vrozené deformace vznikají během těhotenství matky a jsou způsobeny anomáliemi ve vývoji organismu plodu. Deformovány mohou být svaly, končetiny nebo lebka. Získané deformace vznikají jako důsledek nesprávného držení těla, ty nazýváme skoliózy, kyfózy a lordózy. Může ji zapříčinit i vnější vliv a prostředí - nedostatek pohybu, obezita, jednostranné zatěžované pohybové ústrojí, těžké úrazy, popáleniny (Vítková, 2006, s. 51-58).

#### **Malformace a amputace**

Patří do vrozených vývojových vad a jde o patologické vyvinutí různých částí těla, převážně se jedná o končetiny. Částečné chybění končetiny je stav označován jako amelie. Když končetina navazuje přímo na trup, hovoříme o fokomélii. U amputace jde o umělé odnětí končetiny, často jsou na vině úrazy, ale může k ní dojít i kvůli onemocněním cév nebo mohou mít infekční původ (Vítková, 2006, s. 65).

### Jiné obrny a vady

Infekční obrna postihuje děti i dospělé, původem je vir, který napadá části míchy, které ovlivňují motorické svalstvo. Tato obrna se však díky očkování již nevyskytuje. Degenerativní mozková onemocnění se objevují až v průběhu života a způsobena jsou rozpadem nervových vláken a drah. V konečném stádiu dochází k úplnému zániku nervových buněk. U cévní mozkové příhody se konkrétně jedná o krvácení do mozku, které následně způsobuje ochrnutí jedné poloviny těla, které je dále doprovázeno funkčním postižením jedné horní nebo dolní končetiny (Novosad, 2011, s. 125 – 126).

Traumatická obrna je způsobena poraněním mozku nebo míchy (autonehody, při sportu). Tyto obrny můžeme rozdělit dle závažnosti do tří stupňů - otřes mozku (nejlehčí stupeň), stlačení mozku (mezistupeň) a zhmoždění mozku (nejtěžší stupeň). Dochází k poruchám nejen hybnosti a koordinace, zasaženo je i centrum řeči a paměti, dochází ke ztrátě kontroly nad dechovou, oběhovou a vegetativní funkcí. Při rozštěpu páteře dochází k obrně svěračů, což způsobuje nesprávné uzavření páteřního kanálu a k částečné nebo úplné obrně dolních končetin. Častým důsledkem je inkontinence jedince (Vítková, 2006, s. 48-49).

Parkinsonova nemoc se projevuje svalovou ztuhlostí a třesem. Roztroušená skleróza vzniká tak, že přenos nervových impulsů uvnitř centrální nervové soustavy je přerušen a nedostává se k jednotlivým končetinám a tělesným orgánům. U obou nemocí dochází k poruchám řeči, chůze a udržení rovnováhy (Novosad, 2011, s. 125).

Mezi jiné vrozené vady řadíme poruchy velikosti lebky, tzv. makrocefalus, což je nadměrná velikost lebky, nebo mikrocefalus, naopak výrazně malá lebka. Další je vodnatost mozku – hydrocefalus. Rozštěpy lebky jsou většinou smrtelné a novorozenci umírají hned po porodu, jde o výhřez mozku. Rozštěpy rtu a čelisti a patra jdou chirurgicky odstranit. Pokud však nedojde k operativnímu zákroku ve včasnou dobu, rozštěp ovlivňuje vzhled jedince i rozvoj řeči. Rozštěpy páteře jsou nebezpečné z důvodu zanesení častých infekcí a průvodním příznakem je inkontinence jedinců, zhoršené hojení ran a výskyt proleženin. Další vrozené postižení jsou chybějící končetiny, nazývané amelie a nedokonale vyvinuté končetiny – dysmelie. Takzvaný trpasličí vzrůst pak způsobuje nedostatek růstového hormonu a toto nazýváme nanismus (Renotiorová, 2003, s. 30-33).

## 2.4 Dětská mozková obrna

Protože patří dětská mozková obrna (DMO) mezi nejčastější vrozené tělesné postižení a má specifickou klasifikaci, budeme se jí věnovat v samostatné podkapitole. U DMO, někdy též nazývané perinatální encefalopatie jde o raně vzniklé poškození mozku před porodem, během porodu nebo krátce po něm. Je to neprogresivní postižení, takže nedochází k dalšímu nárůstu postižení mozku. Může dojít k částečnému zhojení podpůrné mozkové hmoty a ohraničení místa, kde postižení zasáhlo, vyléčení je však nemožné (Novotná, Kremličková, 1997, s. 75).

Během vývoje mozku na něj působí mnoho vnějších i vnitřních faktorů. Probíhá zde vzájemná propojenost, což znamená, že vývoj jednotlivých částí mozku ovlivňuje rozvoj dalších struktur mozku. Obecně platí, že čím dříve k postižení dojde, tím bývá závažnější (Vágnerová, 2008, s. 144).

Tyto poruchy se mohou projevovat v různých stupních a také mohou být dále kombinovány s dalším zdravotním postižením. Nejčastěji je kombinována DMO s mentálním postižením různého stupně. Dále jsou to poruchy zraku, sluchu, řeči a také přidružená epilepsie (Slowik, 2007, s. 100).

### 2.4.1 Etiologie a základní formy DMO

U DMO jde o komplex různých poruch a příčina vzniku není vždy stejná. Tyto příčiny mají různý charakter a mohou se kombinovat. V období prenatálním jsou jako nejčastější příčiny uváděny infekce a vliv teratogenních látek, metabolické poruchy matky. Perinatálně jde o riziko předčasného narození, porodní trauma nebo nedostatek kyslíku. V postnatálním období jsou pak příčinou nejrůznější úrazy mozku a lebky nebo metabolické poruchy jedince (Vágnerová, 2008, s. 145).

Základní dělení DMO je na formu spastickou a nespastickou. Podle charakteru tonusové a hybné poruchy se tyto dvě skupiny dále dělí na diparetické, hemiparetické a kvadruparetické formy a hypotonické a dyskinetické (Pipeková, 2006, s. 171).

#### Spastické formy

Základním znakem je zvýšené svalové napětí. Postižení může mít různý rozsah i závažnost a rozlišujeme parézu (částečnou obrnu) a plegii (úplnou obrnu).

- Diparéza – postižení dolních končetin, kdy intelekt nebývá narušen a horní končetiny jsou relativně zdatné.
- Hemiparéza – postižení obou končetin na polovině těla, často bývá závažněji postižena ruka. Kognitivní vývoj může být narušen, ale nejčastěji spadá do pásma lehké mentální retardace.
- Kvadruparéza – postiženy jsou všechny čtyři končetiny a jde o nevjzácnější formu. Velmi často je tato forma kombinována s těžkou mentální retardací a macrocefalií. Osoby jsou zcela odkázány na pomoc druhé osoby (Pipeková, 2006, s. 172).

### **Nespastické formy**

Dochází ke snížení nebo úplné absenci svalového napětí.

- Hypotonický typ – chabá obrna, která postupně přechází do formy spastické nebo dyskinetické. Je doprovázena těžkou mentální retardací, epilepsií a sníženým intelektem.
- Dyskinetický typ – dříve též nazývaný extrapyramidový typ, způsobuje nepotlačovatelné mimovolní pohyby (Novotná, krmličková, 1997, s. 77).

DMO je definována řadou specifických kategorií a typů a nejsou uváděny jednotným způsobem. Uvedená klasifikace je tedy přehledová. Je velmi obtížné pečovat o osobu s DMO a s každou další přidruženou poruchou je tato péče náročnější, je zapotřebí spolupráce s odborníky a komplexní péče již od prvopočátku zjištění postižení. Z toho jasně vyplývá, že je nutná včasná diagnostika.

## **2.5 Smyslová postižení**

### **Zrakové postižení**

Jedinec s tímto postižením nemůže vnímat všechny vizuální informace. Jakékoliv zrakové postižení ovlivňuje především orientaci a může také výrazně ovlivňovat komunikaci, psychickou integritu jedince a celkově je narušena socializace. Příčinou může být vada a porucha kteréhokoliv zrakového ústrojí. Některé vady jsou pak progresivní, takže se jejich stav postupně zhoršuje a může dojít až k úplné ztrátě zraku. Kromě příčiny vzniku se zohledňuje i období vzniku. Je tedy zásadní rozdíl v tom, zda se jedinec se zrakovým postižením narodí nebo zda předchází ztrátě jistá zraková zkušenost, která ovlivňuje další vytváření představ a orientační schopnosti (Vágnerová, 2008, s. 195 – 197).



Pro názornost uvádíme klasifikaci dle Slowika (2007, str. 61), který zrakové postižení dělí do čtyř základních kategorií, ve kterých dále uvádí konkrétní poruchy:

1. podle postižení zrakových funkcí – snížení zrakové ostrosti, omezení zorného pole, poruchy barvocitu, poruchy akomodace, poruchy zrakové adaptace, poruchy okoohybné aktivity, poruchy hloubkového vidění;
2. podle stupně zrakového postižení – slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost;
3. podle vzniku – vrozené, získané;
4. podle etiologie – orgánové, funkční.

Tato kategorizace nezahrnuje celou škálu zrakového postižení a je spíše jen stručným přehledem (Slowik, 2007, str. 62).

### **Sluchové postižení**

Sluchově postižený je omezen jak v oblasti vnímání řeči, chybí mu i sluchová orientace v prostředí. Toto postižení bývá často kombinováno s další vadou. I přesto, že jde o postižení, které má relativně nižší dopad na osobu postiženého, nepředstavuje to pro něj o mnoho jednodušší situace. Jedinci neslyšící od narození mají rozvinuté ostatní kompenzační schopnosti, vytváří se zde jisté komunikační bariéry, psychická zátěž, má negativní dopad na vývoj myšlení. Sluch je považován i za tzv. bezpečnostní funkci, neboť je aktivní i ve spánku a nebezpečný zvuk vyvolává obrannou reakci (Slowik, 2007, s. 71 – 72).

Příčin vzniku může být hned několik a to buď vrozené vady (genetika, infekční onemocnění) nebo získané v průběhu celého života (traumata, úrazy, hnisavé záněty středního ucha, onkologická onemocnění). Kritérií pro dělení je mnoho, pro vymezení jednotlivých skupin nám slouží i různá hlediska, a to místo vzniku, období vzniku a stupeň postižení (Pipeková, 2006, str. 131 - 132).

Velmi významnou charakteristikou je právě stupeň sluchového postižení, protože hlavně zde se odráží proměny a důsledky schopnosti vnímat a používat řeč. Z hlediska stupně tedy toto postižení dělíme na hluchotu, kdy jedinec není schopen slyšet vůbec, osoby se zbytky sluchu slyší zvuky, ale nerozumí, nedovedou tyto zvuky rozlišit. Těžkou nedoslýchavost je pak možno kompenzovat sluchadlem, díky němuž mohou sluchově postižené osoby vnímat zvuky z okolí (Vágnerová, 2008, str. 213).

Světová zdravotnická organizace WHO dělí sluchové postižení na oblast normální sluch, lehká nedoslýchavost, střední nedoslýchavost, středně těžká nedoslýchavost, těžké poškození sluchu, velmi závažné poškození sluchu, neslyšící (Pipeková, 2006, str. 133).

### **Postižení řeči a jazyka**

Mluvená řeč je nejpoužívanějším dorozumívacím prostředkem a tím pádem jsou vady a poruchy řeči dominantním problémem v logopedické oblasti, což je obor, zabývající se rozvojem, výchovou a vzděláváním osob, které jsou právě poruchami komunikace znevýhodněny (Novotná, Kremlíčková, 1997, s. 93).

Poruchy mohou mít různé příčiny. Velmi častou příčinou je nezralost, opožděný vývoj nebo poškození centrální nervové soustavy. Základním předpokladem pro mluvenou řeč je dobré sluchové vnímání.

Příčiny narušené komunikace mohou být důsledkem sluchového postižení. Zde se další vývoj odvíjí od možnosti léčby sluchové vady. Dále to může být důsledek poškození mluvidel (rozštěpy), kde je negativní dopad především na výslovnost. Jako důsledek psychických faktorů, kde je nutná psychoterapeutická cesta, vedoucí k odstranění primárních problémů (Slowik, 2007, s. 86).

Nejčastější poruchy:

- Dyslalie (patlavost) – chybí výslovnost hlásek nebo dochází k jejich nahrazování jinými.
- Dysartrie – porucha motoriky mluvidel, doprovází například DMO nebo Parkinsonovu nemoc.
- Vývojová dysfázie – opožděný vývoj řeči, dále se dělí podle toho, která řečová funkce je poškozená (expresivní, receptivní, fonologická, sémanticko-pragmatická porucha). Ač ji dělíme na jednotlivé typy, postižení jedné funkce zpravidla narušuje celkový vývoj řeči. Obvykle jsou jednotlivé typy kombinovány, také je často spojována s lehkou mentální retardací.
- Afázie – úplné chybění řeči.
- Balbuties (kocktavost) – porucha plynulosti řeči, obsah sdělení nebývá narušen, jedinci k vyjádření potřebují delší časový úsek.
- Elektivní mutismus – porucha sociálního charakteru, oněmění z důvodu například psychického traumatu, neschopnost mluvit vůči určité osobě nebo v určité situaci (Vágnerová, 2008, s. 234- 241).

### *Shrnutí*

*Zdravotní postižení je dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové omezení. Postižení je překážkou, která brání jedinci v rovnoprávném zapojení do běžné společnosti.*

*V současnosti se stále více setkáváme s kombinací různých postižení. Mluvíme pak o kombinovaném nebo těžkém postižení. Terminologie je různá, základní podmínkou však zůstává, že osoba trpí dvěma a více vadami souběžně. Příčiny vzniku jsou rozmanité a často je nelze přesně určit. Mohou působit v období prenatálním, perinatálním i postnatálním a původ mohou mít genetický, metabolický, neurologický nebo traumatický.*

*Mentální retardace je trvalé snížení rozumových schopností, což se projevuje především v oblasti myšlení, adaptace a schopnosti učení. Oficiálně je považována klasifikace Světové zdravotnické organizace z roku 1992 do šesti základních kategorií. Často se kombinuje s jiným postižením.*

*Tělesné postižení způsobuje jedinci mnoho omezení. Lze definovat funkční a estetický handicap. Základní dělení spočívá v tom, kdy postižení vzniklo a to na vrozené a získané. Mezi tělesné postižení řadíme obrny, deformace, malformace, amputace a různé typy rozštěpů, které se dále dělí dle rozsahu.*

*Dětská mozková obrna je poškození mozku, které vzniká před porodem, při něm nebo velmi krátce po něm. Hlavním projevem je porucha hybnosti. Kombinovaná bývá s jiným postižením a přidružuje se porucha intelektu, řeči nebo chování, často i epilepsie.*

*Zraková, sluchová a postižení řeči a jazyka souhrnně nazýváme smyslová postižení. Příčiny vzniku mohou být získané nebo vrozené a dle toho také probíhá vývoj jedince. Čím později postižení jedinec získá, tím více má během života zkušeností a informací z vnějšího okolí, které poté dále využívá i při ztrátě jednoho ze smyslů.*

### 3 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Dříve se používal název Ústav sociální péče, s příchodem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se začal používat termín Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Ústavy sociální péče byly většinou budovány na okrajích měst nebo vesnic a k tomuto účelu byly často využívány opuštěné zámecké objekty a budovy mimo veřejnost, jelikož osoby s postižením by dle dřívějších názorů měly být izolovány od společnosti. Postupně se na našem území začalo zakládat mnoho ústavů sociální péče. Osoby s postižením byly děleny dle věku a pohlaví, nikoli však už dle druhu postižení. Osobami pečujícími byly převážně zdravotní sestry a řádové sestry. Často docházelo k tomu, že ústavy byly přeplněny a stávaly se z nich tak velkokapacitní instituce. Celková změna nastala po roce 1989, kdy začala převládat snaha o transformaci těchto obrovských zařízení, uživatelé byli vedeni k větší samostatnosti a soběstačnosti, rozvíjely se jejich zájmy a aktivity.

Současné domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou zařízení, která spadají do služeb sociální péče. Jejich hlavním posláním je pomoc rodinám, které se o osoby s postižením nemohou nebo nedokáží postarat. Suplují tak často rodinné prostředí. Cíle domovů se zaměřují na kvalitu komplexní péče, kterou poskytují a snaží se zajistit optimální podmínky pro uživatele a zajistit jim tak co možná největší návrat do běžného života.

S příchodem zákona o sociálních službách nastává zásadní změna v poskytované péči. Hlavním cílem zákona bylo vytvoření takových podmínek, aby vztah mezi poskytovatelem a uživatelem byl rovnoprávný a přístup individuálně zaměřený vzhledem k potřebám jednotlivců.

Zákon o sociálních službách přesně vymezuje základní činnosti, které musí poskytovatel zajistit svým uživatelům. Jsou to tyto činnosti: poskytnutí ubytování, stravy, zajištění pomoci při péči o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu s okolím, sociálně terapeutické činnosti a v neposlední řadě pomoc při uplatňování práv a ostatních osobních záležitostí. Konkrétně jsou tyto činnosti upraveny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Králová, Rážová, 2009, s. 225 – 284).

### 3.1 Historie sociálních služeb na Uherskohradištsku

Stále se zvyšující poptávka po službách pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory byla impulsem k tomu, že byl na Uherskohradištsku zřízen v červenci roku 1974 okresní ústav sociální péče, takže došlo k rozšíření služby jak ústavní, tak i mimoústavní pro staré i pro invalidní občany. Hlavním úkolem bylo sjednotit, koordinovat a rozšiřovat sociální služby v okrese, vybudovat vhodnou síť sociálních služeb. Prvním úkolem byla modernizace a kapacitní rozšíření zařízení, která neodpovídala tehdejšími požadavkům.

Toto se podařilo. V okrese přibyly domy s pečovatelskou službou, zařízení pro týdenní pobyty zdravotně postižených dětí, domovy důchodců, manželské a předmanželské porady, hygienické středisko a kluby pro seniory. Pracovníci okresního ústavu byli v úzkém kontaktu s národními výbory, se kterými se podíleli na výběru vhodných objektů a dále i spolupracovali při jejich projektové přípravě. Nejen budování nových, ale i vylepšování a rozvoj stávajících zařízení nebylo opomenuto. Součástí péče o potřebné osoby byla i péče o pracovníky v sociálních službách, bylo vybudováno malé rekreační středisko, které bylo později využíváno i pro rekreace s uživateli.

V roce 1974, kdy byl okresní ústav sociálních služeb zřízen, pod něj do správy přešly dva ústavy sociální péče, dva domovy důchodců a jedna pečovatelská služba. Během 25letého působení se rozšířila síť poskytovaných služeb i forem pomoci, jak to vyžadovaly potřeba veřejnosti. V roce 1999 již okresní správa sociálních služeb spravovala pět domovů důchodců, čtyři ústavy pro mentálně postiženou mládež, jeden ústav pro dospělé mentálně postižené uživatele, tři penzióny domovy pro důchodce, pečovatelskou službu, ubytovnu pro občany bez přístřeší, poradnu pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy.

Okresní ústav sociálních služeb dnes nalezneme pod názvem Sociální služby Uherské Hradiště a jedná se o příspěvkovou organizaci. Spravuje 16 pobytových zařízení, ve kterých poskytuje 24 sociálních služeb. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, domovy pro seniory, týdenní a denní stacionáře. Dále je nově poskytována sociální služba typu sociálně terapeutické dílny, kde jde o ambulanci formu sociální služby a sociální prevence. Přibližně je služba poskytována celkem 1. 425 uživatelům (Kronika, Sociální služby Uherské Hradiště).

### 3.2 Historie ústavů na Velehradě

#### Stojanov

Historie sociální péče na Velehradě má dlouholetou tradici. První ústav pro mentálně postižené děti zde fungoval již v roce 1927. V roce 1952 byl však tento ústav přestěhován do Krnova ve Slezsku a budova byla zabrána pro jiné účely, některé z dětí byly přestěhovány do Stojanova. Tento ústav zde fungoval od roku 1949 a sloužil především k církevním účelům. Jeho kapacita se postupně navyšovala a po roce 1985 byla jeho kapacita již 240 lůžek. O svěřence či chovance, jak byli tehdy uživatelé nazýváni, bylo postaráno po všech stránkách. Byla jim poskytována lékařská, ošetrovatelská i výchovná péče. Bylo zde hodně osob s tím nejtěžším mentálním a tělesným postižením. Po roce 1989 se tyto prostory začaly navracet církvi a díky rozšiřování sociálních služeb v okrese, mohli být svěřenci přestěhováni do nově vzniklých ústavů. Nakonec na Stojanově zůstalo 95 lidí s postižením. V roce 2007 bylo toto zařízení zapojeno do pilotního projektu MPSV ČR Podpora transformace pobytových sociálních služeb. Díky tomuto projektu se snížila kapacita na 50 osob.

#### Vincentinum

Ústav pro dospělé Vincentinum má kořeny v Praze Břevnově, který zde byl založen v roce 1889. Postupem času se jeho kapacita navyšovala. V roce 1908 se z Vincentina stala samostatná nadace a nesla název Dům milosrdenství Vincentinum. Péče byla zaměřena na lidi chudé, opuštěné, postižené, postižené nevyléčitelnými chorobami, o které nikdo neměl zájem. Existence ústavu byla ohrožena s příchodem války v roce 1914. Počet svěřenců už se blížil dvěma stům. Zvyšující se počet přijatých dětí, které vyžadovaly jinou péči než dospělí, byla v roce 1926 zřízena filiálka, kam byly tyto děti přestěhovány. Na financování se podílelo ministerstvo, obce a okresy, různé organizace, podnikatelé i jednotlivci. Dále zde byly příjmy z prodeje výrobků svěřenců, výtěžky z časopisů, pohlednic a knih vydaných Vincentinem.

Druhou světovou válku přežilo Vincentinum relativně dobře, ale počet svěřenců se již blížil pěti stům a bylo nevyřízeno ještě spousta dalších žádostí, pro Vincentinum se stalo hlavním úkolem vybudovat nový ústav v Praze. S příchodem komunistické moci došlo k situaci, kdy měla být Praha jako první očištěna od „mrzáků a jeptišek“ a tak byl pro Vincentinum vybrán zrušený klášter Petrium v Bruntále. Zde se svěřenci i s pracovníky stěhovali v srpnu roku 1950. V lednu roku 1951 se již museli opět stěhovat, jelikož

o budovu projevila zájem armáda. Byly hledány vhodné prostory a byl vybrán klášter na Velehradě. Zde se do uvolněných prostor v roce 1952 z Prahy Břevnova přestěhovalo asi 240 svěřenců a s nimi 40 osob ošetřovatelského personálu.

Spolu se svěřenci a sestrami řádu sv. Karla Boromejského přešel na Velehrad i název ústavu Dům milosrdenství – Vincentinum. Značná část svěřenců byla tvořena lidmi vzdělanými, se somatickými vadami a dobrými psychickými schopnostmi, kteří nenašli uplatnění v běžném životě vzhledem ke svým tělesným indispozicím. S postupem času se počet chovanců zvýšil přibližně na 380 osob. Postupně začali být přijímáni i jedinci s mentálním handicapem, s vadami psychickými a kombinovanými.

Po zřízení Okresní ústavu sociálních služeb Uherské Hradiště se ústav stal jeho součástí, jako Ústav sociální péče pro dospělé. Postupně byly v průběhu 50. let upravovány pro potřeby zajištění péče o tělesné a mentálně postižené osoby. Se svými 382 svěřenci patřil tento ústav k největším v republice.

V roce 1990 byly budovy kláštera vráceny původnímu majiteli – Arcibiskupství olomouckému a postupně docházelo k vyklizení z budovy. Postupně se tedy začaly budovat další ústavní zařízení. V roce 2000 se prvních 130 uživatelů přestěhovalo do moderních prostor na Velehradě, do ulice Buchlovská. Postupně bylo přestěhováno dalších 60 a poté 80 uživatelů do dalších ústavů v okrese. Po přemístění většiny uživatelů zůstalo na Vincentinu 52 osob (Rašticová, Pojsl, Čoupek, 2006, s. 186 – 189).

### **3.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad-Buchlovská**

V prosinci roku 2000 byla dokončena stavba nových prostor, určených pro osoby se zdravotním postižením. Domov zde našlo 128 uživatelů, kteří byli přestěhováni z blízkého Vincentina. Poskytovatelem jsou Sociální služby Uherské Hradiště a jedná se o pobytovou sociální službu. Služba je zapsána v registru poskytovatelů sociálních služeb a zabezpečuje základní činnosti, které vyplývají ze zákona o sociálních službách.

Domov pro osoby se zdravotním postižením se nachází nedaleko centra obce Velehrad. Zařízení tvoří komplex samostatně stojících budov, které jsou vzájemně propojeny vzdušnými chodbami. K areálu patří rozsáhlá zahrada s altány, ohništěm, skleníkem a antukovým hřištěm. Domov je zcela bezbariérový a jeho uživatelé jsou ubytováni ve čtyřech jednopatrových domech, celkem v osmi komunitách. Na každém podlaží jsou

k dispozici jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Každý domeček má svou malou tělocvičnu a místnost pro volnočasové aktivity. V centrální budově žije komunita dvanácti uživatelů, jež bydlí v jednolůžkových pokojích. Pokoje jsou vybaveny a upraveny dle jejich individuálních potřeb. Součástí zařízení je velká tělocvična, kaple a samostatný domeček, kde probíhají volnočasové aktivity. Nedílnou součástí nabízené služby je zajištění zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Posláním domova je umožnit uživatelům žít plnohodnotný život dle svých možností a schopností. Poskytovat všem kvalitní a kvalifikovanou pomoc, která je založena na partnerském vztahu, vzájemné důvěře, respektu a úctě.

Cílovou skupinou zařízení jsou dospělé osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení – a to mentálního a kombinovaného postižení (mentální retardace a tělesné postižení), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby a nemohou své zdravotní a sociální indispozice zvládat sami nebo za pomoci svých blízkých v přirozeném prostředí.

Ke konci roku 2013 činí průměrný věk uživatelů 54 let. Struktura obyvatel je tvořena osobami převážně s těžkou a střední mentální retardací a osobami s kombinovaným postižením. Menší zástup je zde osob s lehkou a hlubokou mentální retardací, část trpí chronickým duševním onemocněním.

### **3.3.1 Možnosti využití volného času**

Uživatelům je v zařízení nabízena široká škála volnočasových aktivit. Mohou si vybrat mezi činnostmi zájmovými, kulturními i sportovními. Mají možnost využívat dílny a terapie, které jsou v provozu denně od pondělí do pátku. Dochází zde uživatelé se zájmem o danou aktivitu, ale jelikož jsou terapie a dílny přístupné pro všechny uživatele zařízení, někteří do nich dochází nejen kvůli konkrétní činnosti, ale také z důvodu setkávání se s jinými uživateli. Výrobky poté slouží buď k výzdobě zařízení, nebo jako prezentace služby při různých prodejních akcích. Své dovednosti mohou uživatelé rozvíjet v jednotlivých terapiích a pracovních dílnách. V nabídce je zde košíkářská dílna, šicí a tkalcovská dílna, grafická, keramická či dřevařská dílna. Z pohybových aktivit pak turistika, aerobic a jízda na kole. Uživatelé mají možnost využívat počítače s přístupem na internet. Funguje zde pěvecký soubor. V domově byla vybudována tréninková kavárna, kde je uplatňován pracovní tréninkový program, který umožňuje podporu v samostatném životě a uplatnění na běžném trhu práce, uživatelé zde procvičují reálné pracovní návyky.



Taktéž mají možnost zapojit se v rámci pracovní terapie na službě na vrátnici. Z terapií mohou navštěvovat Snoezelen terapeutickou místnost, dále jsou v nabídce rehabilitační aktivity, zooterapie nebo kroužek rybaření.

V dílnách i terapiích uživatelé pracují většinou pod částečným nebo plným vedením pracovníka, který předem naplánuje konkrétní činnosti. Jen malá část těch, co dílny navštěvují, tvoří dle vlastních představ a fantazie. Všichni jsou zde však vedeni k rozvoji samostatnosti. S uživateli se zde slaví veškeré významné svátky a pořádají se pro ně různé kulturní i společenské akce. Akce jsou pořádány i pro uživatele z ostatních domovů, takže dochází k navazování a následnému udržování přátelství. Dále se uživatelé účastní různých soutěží – převážně sportovních a pěveckých. Pro lepší integraci uživatelů do okolí se běžnými staly individuální nebo skupinové vycházky, jsou vedeni k využívání dostupných veřejných služeb – divadel, kin, restaurací, obchodů, knihoven a spousta dalších. Uživatelé jsou podporováni k účasti na společenském i kulturním životě. Pravidelně navštěvují různá představení a akce. Účastní se výletů a rekreačních pobytů. Pro uživatele, kteří nejsou schopni opouštět zařízení z důvodu jejich postižení, jsou pořádány akce přímo v prostorách zařízení. Jedná se převážně o hudební akce, které jsou velmi oblíbené a dále je zde zajišťována canisterapie.

### 3.4 Evaluace DZP Velehrad-Buchlovská

S platností zákona o sociálních službách a nástupem standardů kvality sociálních služeb přichází i povinnosti jednotlivých poskytovatelů zpracovat metodiky a vnitřní pravidla dle kritérií uvedených ve standardech, se zaměřením na cílovou skupinu, pro kterou je služba poskytována. V současné době je kladen velký důraz především na zajištění odbornosti a především kvality poskytovaných služeb.

Zvyšováním kvality poskytovaných sociálních služeb a jejich hodnocením se konkrétně zabývá i jeden ze standardů kvality, standard č. 15 Zvyšování kvality sociální služby. Ten udává čtyři hlavní kritéria:

1. poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí poskytovanou sociální službu s definovaným posláním a cíli
2. poskytovatel písemně zpracovává vnitřní pravidla pro zajišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby

3. poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby
4. poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality služby (MPSV, 2003, s. 94 – 96).

DZP Velehrad Buchlovská zajišťuje pro své uživatele relativně široké škály služeb. Jde o zařízení s kapacitou 128 uživatelů a je tedy velmi náročné vyhovět všem tak, aby byli spokojeni. I přesto, že každý jedinec, opatrovník či rodinný příslušník, má jinou představu o kvalitě služby, kterou využívá, vedení se snaží vyjít maximálně vstříc a neustále zlepšuje kvalitu poskytované sociální služby. K tomuto účelu byl sestaven v roce 2009 dotazník, který byl určen jak pro uživatele, tak pro jejich rodinné příslušníky a přátelé a známé. Dotazník byl k dispozici až do dubna roku 2013, kdy byly jednotlivé otázky přehodnoceny. Také bylo v týmu pracovníků dohodnuto, že již nadále nebudou určeny pro uživatele sociální služby, a to vzhledem k tomu, že těžce postižení jedinci nedokáží své pocity vyjádřit slovy nebo písemnou formou, ale jejich spokojenost nebo nespokojenost lze rozpoznat dle jejich momentální nálady, smutku, radosti. Uživatelé mají další možnosti, jak mohou službu a její kvalitu připomínkovat.

### 3.4.1 Evaluace

Evaluace představuje vědní disciplínu, jejímž hlavním úkolem je zjišťování, porovnávání a vysvětlování dat. Je důležitá zejména při korekci a inovaci, při formování priorit a strategií pro další rozvoj zařízení (Průcha, 1996, s. 9 - 11).

Využíváme ji pro účely vědecké, výzkumné i praktické. Umožňuje nám poznat slabé a silné stránky. Může být prováděna externě nebo interně. Jak už vyplývá z názvu, externí evaluace je prováděna subjekty zvenčí, z čehož plyne především výhoda nezájatosti a objektivity. Jejím cílem je zejména prokazovat kvalitu zařízení. Interní evaluace bývá označována jako vnitřní evaluace nebo autoevaluace a jejím hlavním cílem je kvalitu primárně zlepšovat. Využíváním kombinace vnitřní i vnější evaluace vzniká zdravý systém pro rozvoj. Mezi nejčastější nástroje používané při evaluaci řadíme dotazníky, rozhovory, analýzy či sociometrické šetření (Vašťáková, 2006, s. 10, s. 129).

### 3.4.2 Systém evaluace v DZP Velehrad – Buchlovská

Ve vybraném zařízení jsou v současnosti používány následující způsoby zjišťování kvality poskytované sociální služby.

#### Hodnocení služby uživateli

Uživatelé se mohou ke službě vyjádřit prostřednictvím výboru obyvatel, který je složen ze zástupců jednotlivých komunit, kteří se scházejí jedenkrát za tři měsíce. Dále mají možnost vznášet připomínky na schůzkách obyvatel na jednotlivých domečcích, které probíhají jedenkrát za dva měsíce. Obou schůzek se vždy účastní vedoucí domova, vedoucí sestra, sociální pracovnice. Jsou prováděny zápisy, které jsou ukládány a následně se na konci daného roku vyhodnotí a toto hodnocení je součástí výroční zprávy. Dané podněty a připomínky jsou vyřešeny buď ihned za přítomnosti všech zúčastněných, nebo pokud se jedná o vážnější situaci, je určena doba, ve které dojde k projednání situace a následně k návrhu řešení, jak danou situaci vyřešit. Všichni zúčastnění jsou s návrhem na řešení seznámeni a můžou vznášet další připomínky nebo návrhy.

Na každém oddělení jsou dále umístěny schránky na podněty, připomínky a stížnosti, kterou mohou využívat uživatelé anonymně. Tyto schránky jsou denně vybírány sociální pracovníci. Protože jsou stížnosti chápány jako jeden z faktorů pro hodnocení spokojenosti uživatelů, jsou zdrojem důležitých informací o tom, jak poskytovanou službu zlepšit. Stížnost nebo podnět může podat kdokoli a je v jeho zájmu, aby tímto činem nepřišel k újmě. Z toho důvodu opět jeden ze standardů upravuje přímo tuto oblast a poskytovatel tak musí sepsat konkrétní vnitřní pravidla, jak bude postupovat při přijímání a vyřizování stížností. Tato pravidla jsou stejně jako ostatní dokumenty závazná pro všechny pracovníky domova. Při vyřizování stížností je nutné jednat urychleně, odpovědně a musí být posouzeny vždy všechny body a okolnosti stížnosti. Veškeré stížnosti i jejich vyřízení se zakládají u vedoucího zařízení.

Tyto stížnosti mohou být mimo zmíněných schránek podány i osobně nebo telefonicky. Písemně mohou být předány i osobně buď pracovníkovi zařízení, který je pak povinen tuto stížnost předat pověřenému pracovníkovi k vyřízení. Vždy je nutné na přání stěžovatele zachovávat anonymitu a mlčenlivost a toto je povinen respektovat každý pracovník.

Pravidla dále upravují i postup v případě, že si chce stížnost podat imobilní uživatel. Jsou stanoveny lhůty pro vyřízení stížností. S vyřízením je pak dotyčná osoba seznámena,

pokud se jedná o anonymní stížnost, je vždy odpověď zveřejněna na vývěsní desce v prostorách zařízení.

### **Hodnocení služby ze strany přímých poskytovatelů a pracovníků**

Minimálně jednou ročně se pořádají schůze zaměstnanců, kde se hodnotí cíle služby, v souladu s veřejným závazkem. Pracovníci mají možnost na schůzi vyjádřit svůj postoj a názor na službu, vznést jak podněty, tak i připomínky či stížnosti. Jsou pořádány pracovní porady vedení a pracovních týmů. Dále se služba hodnotí vypracovaným plánem kontrol, zda jsou plněny cíle uživatelů a cíle zařízení. Z každé kontroly je proveden zápis a výsledek s případným návrhem na opatření je dále předán vedoucí domova a s výsledky jsou obeznámeni i pracovníci, aby mohlo dojít k nápravě zjištěných nedostatků.

Pracovníci mají možnost vyplnit dotazník, který je k dispozici na každé komunitě a ve veřejných prostorách zařízení. Odevzdat jej mohou buď pověřenému pracovníkovi, nebo mohou využít schránku na stížnosti, podněty a připomínky. Dotazník je anonymní.

Důležitou metodou pro hodnocení kvality je pozorování uživatelů. Tato metoda je možná u všech uživatelů a je uplatňovaná především u uživatelů nekomunikujících a s těžkou či hlubokou mentální retardací. Tato metoda může být používána během dne při běžných činnostech, aktivitách a jako poznávací aspekty spokojenosti či nelibosti slouží projevy emocí (mimika, gesta, křik, nálada). U uživatelů, kteří mají rozvinutou verbální komunikaci nebo jsou schopni se domluvit prostřednictvím systému alternativní nebo augmentativní komunikace, je využívána metoda rozhovoru. Při rozhovoru pracovníci mohou zjistit spokojenost uživatele s různými činnostmi. Pokud je zjištěna jakákoliv nespokojenost, je důležité o tomto seznámit důvěrníka, klíčového pracovníka popřípadě jinou osobu, ke které má uživatel blízko a společně pak hledají možnost zlepšení.

Jedenkrát za rok hodnotí úroveň služby pracovníci prostřednictvím sebehodnotícího dotazníku, kde jsou otázky formulovány tak, aby mohli vyjádřit svou spokojenost či nespokojenost, některé z otázek pak pracovníci nutí se zamyslet nad svou prací, nad svým osobním rozvojem.

### **Hodnocení služby ze strany jiných fyzických osob**

Jinými fyzickými osobami jsou myšleni převážně příbuzní, rodinní příslušníci, opatrovníci a známí uživatelů sociální služby. Pro tyto osoby byl sestaven dotazník, který je k dispozici v hlavní budově, v návštěvní místnosti domova, v každé komunitě. Vyplněný dotazník

mohou vhodit opět do schránky stížností nebo předat pracovníkům, kteří mají povinnost jej předat pověřenému pracovníkovi. Dále jsou dotazníky zasílány jedenkrát ročně přímo na adresu rodin a opatrovníků, přičemž jej mohou zaslat zpět na adresu zařízení, nebo osobně přinést při návštěvě svého příbuzného.

Důležitou zpětnou vazbou jsou pro zařízení i hodnocení praktikantů a stážistů, kteří vždy píšou svou evaluaci po skončení pobytu v zařízení, taktéž mají možnost vyplnit k evaluaci dotazník. Všichni návštěvníci domova mohou své připomínky vepsat do Návštěvní knihy, která je umístěna na vrátnici domova.

### **3.5 Vize Domova a transformace**

Dle hodnocení si zařízení stanovuje krátkodobé a dlouhodobé cíle. Vize a transformační záměry do budoucna, jak by se dala poskytovaná sociální služby zkvalitnit a dále vyvíjet.

Vedení domova společně se zaměstnanci po zvážení všech podmínek a po zkušenostech s již poskytovanou službou uvažuje o rozšíření nabídky poskytovaných sociálních služeb. Je nezbytně nutné si uvědomit, že změna s sebou nese i několik podstatných bodů. Jedním z nejdůležitějších je to, že v procesu těchto změn hrají klíčovou roli zaměstnanci a s tím spojená otázka, jak s nimi pracovat, jak je podpořit, aby celý proces proběhl optimálním způsobem a s co nejlepším výsledkem. Snahou bude využít co nejvíce potenciál jak pracovníků, tak pracovních týmů, zároveň s přihlédnutím na jejich osobní nastavení, obavy a očekávání, které se zajisté s případnými změnami objeví. Efektivitu přeměny je nutno podpořit již v počáteční fázi přípravy a to přípravy na změnu. Je potřeba dlouhé doby, tak aby se nový způsob práce stal přirozenou a automatickou součástí norem a sdílených hodnot organizace.

Dle analýzy podaných žádostí a jednání se zájemci bylo v roce 2010 – 1. pol. roku 2013 zjištěno, že největší zájem je o sociální službu pro tělesně postižené občany a odlehčovací službu. Dále pak o službu hospicového zaměření a paliativní péči. A jelikož již nyní se nemůžeme vyvázat z péče o umírajícího a smrt je přirozenou součástí života, je i cílem pracovníků v domově, aby i v této terminální fázi života bylo dosaženo co nejvyšší kvality života člověka. I z tohoto důvodu je jednou z voleb budoucího zaměření tato služba. Dalšími službami, které jsou nedostatečně pokryty, a domov o jejich zřízení uvažuje, jsou sociálně terapeutické dílny, ve kterých by docházelo prostřednictvím ambulantní služby

ke zdokonalování pracovních návyků a dovedností a v neposlední řadě stále nedostatečný počet chráněných bydlení. Ve spolupráci s obecním úřadem vytvořit tréninkovou kavárnu pro širokou veřejnost, kde by docházelo k zařazení uživatelů do pracovního procesu.

Během služby se také stále častěji setkáváme s problémem, kdy rodiče pečují o své postižené dítě v domácím prostředí. Při dovršení důchodového a vyššího věku rodičů však dochází ke ztrátě schopností pečovat o postiženého jedince a sami potřebují péči druhé osoby. Ač by rádi dále pečovali o svého potomka, dochází k tomu, že musí využít služeb domova pro seniory a pro postižené dítě zajistí službu v některém z domovů pro osoby se zdravotním postižením. Neexistuje možnost společného dožití v domově pro seniory, popřípadě v domově pro osoby se zdravotním postižením. Poslední možností a službou, kterou domov uvažuje zřídit, jsou tedy byty pro společné dožití, kde by nedošlo k přetrhání citových vazeb, bylo by postaráno o oba členy rodiny dle jejich individuálních potřeb. Zároveň by došlo k adaptaci na nové prostředí osoby s postižením a při úmrtí rodiče by tak nedošlo ke kumulaci negativních změn. Zdravý jedinec se se smrtí blízkých osob vyrovnává velmi těžce, na osoby s kombinovaným postižením má tato životní událost mnohem negativnější dopad, snahou by tedy mělo být tyto negativní dopady minimalizovat.

Pavilonové členění celého objektu je ideálním pro zřízení několika služeb, jelikož by každá služba byla provozována na daném domečku, který by se přizpůsobil požadavkům dané cílové skupiny, a přitom by mohlo docházet ke vzájemnému setkávání osob s různým typem postižení. S vizemi do budoucna a případnou transformací souvisí i další změny, dlouhodobé cíle. Zvyšovat možnost aktivizace uživatelů, aby se co nejdéle udržela kvalita jejich života. Zkvalitnit péči o uživatele s respektováním jejich sociální autonomie s právem na spolurozhodování na vlastním životě. Vytvářet takové podmínky, aby uživatelé, kteří k tomu mají předpoklady, mohli přejít do jiného typu služby, pro ně vhodnější a sloužící k jejich dalšímu rozvoji a osamostatnění. Pokud toto není vzhledem na situaci a zdravotní stav možné, jejich pobyt v domově maximálně přiblížit k domácímu prostředí. Snižovat závislost uživatelů na poskytované sociální službě, zvyšovat tak pravomoc a odpovědnost uživatele v souladu s posláním sociálních služeb.

*Shrnutí*

*Sociální služby prošly v průběhu několika let velkými změnami. Stejně tak i domovy pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně i Domov pro osoby se zdravotním postižením. Samotná historie tohoto Domova sahá až do roku 1889, kdy byl založen Ústav pro dospělé Vincentinum v Praze. Tento ústav si prošel mnoha nástrahami tehdejšího režimu, než se v roce 1952 svěřenci i s personálem přestěhovali do volných prostor kláštera na Velehradě. Opět ale nešlo vše úplně hladce, a když byla budova vrácena původnímu majiteli, hledali se nové prostory.*

*V roce 2000 byla dokončena stavba Domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad Buchlovská, kam se část uživatelů z Vincentina přestěhovala. Domov je moderní a zcela bezbariérový a poskytuje službu dospělým osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a to mentálního a kombinovaného postižení. Domov nabízí širokou škálu volnočasových aktivit, zájmových činností, kulturních i společenských akcí a terapií, které jsou provozovány pod vedením kvalifikovaných pracovníků.*

*Stejně jako všichni poskytovatelé musí dodržovat i Domov Velehrad Buchlovská standardy kvality sociálních služeb. Pracuje dle vyhotovených metodik a vnitřních pravidel. Má nastaveno hned několik způsobů hodnocení kvality poskytované služby, na základě jejich vyhotovení dále službu upravuje tak, aby co nejvíce odpovídala cílům organizace a veřejnému závazku a především ke spokojenosti uživatelů, pracovníků a ostatních osob.*

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 METODOLOGIE

V teoretické části práce jsme se zabývali vymezením pojmů, které se dotýkají služeb a změnami, které nastali po přijetí zákona o sociálních službách. Dále osobám se zdravotním postižením, vzniku a klasifikaci jednotlivých postižení. V poslední, třetí kapitole jsme se věnovali popisu konkrétního zařízení Domovu pro osoby se zdravotním postižením Velehrad - Buchlovská, kterého se výzkum bezprostředně týká a pro který byl tento výzkum realizován. Teoretická část je východiskem pro zpracování výzkumného šetření.

Tato část bakalářské práce přibližuje jednak samotný kvantitativní výzkum a postup při jeho provádění. Dále již konkrétní výzkumný problém, cíle výzkumu a hypotézy. Jsou zde podrobně popsány metody a způsob zpracování dat. Získaná data jsou shrnuta ve výsledcích a prezentována v tabulkách a grafech. Na závěr jsou zjištěné výsledky shrnuty.

Výzkum bakalářské práce byl zaměřen na evaluaci kvality Domova pro osoby se zdravotním postižením Velehrad - Buchlovská. Pro zjištění stanoveného cíle byl zvolen kvantitativní výzkum. Konkrétně se jedná o sekundární analýza dat z dotazníkových šetření z let 2009 – 2013.

Evaluace se v posledních letech a i s příchodem standardů kvality sociálních služeb stala velmi diskutovatelným tématem. Vlastní hodnocení zařízení je velmi složitý proces, který přispívá k rozvoji a zkvalitnění služby. Hlavním cílem evaluace je zhodnotit dosavadní chod zařízení. Získané informace by měly sloužit jako zpětná vazba, prostřednictvím níž jsou pak vyvozeny kroky vedení, jak zkvalitnit poskytovanou sociální službu. Neexistuje žádný závazný postup pro hodnocení kvality služby z pohledu příbuzných a veřejnosti, zařízení se tedy samo rozhodlo, jak bude tato oblast hodnocena a dále zpracována vždy s důrazem na to, aby byla služba poskytována k co největší spokojenosti jak uživatelů, tak i jejich rodinných příslušníků a opatrovníků.

Výzkum může být orientován buď kvalitativně, nebo kvantitativně. Liší se pak jednak cílem a jednak i způsobem realizace výzkumu. Jak je patrné, pro náš výzkum jsme použili kvantitativně orientovaný výzkum.

Kvantitativní výzkum umožňuje získat dostatečné množství informací v krátkém časovém rozmezí. Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji, zjišťuje množství, rozsah nebo

frekvenci výskytu požadovaných jevů. Při tomto výzkumu údaje třídíme a vysvětlujeme příčiny existence daného jevu. Tyto číselné údaje se dají matematicky zpracovávat, je možné je průměrovat nebo vyjádřit procentuálně a použít pro další zpracování pomocí matematickým metod a statistik.

Při použití kvantitativního výzkumu dodržujeme určité zásady. Nejprve si musíme stanovit výzkumný problém, na který, pak hledáme odpovědi. Jakmile jej máme definovaný, je nutné si stanovit hypotézy, které konkretizují výzkumný problém a celý výzkum se dále soustřeďuje na jejich potvrzení či vyvrácení. Hypotézy řídí výzkum a stanovují se na začátku výzkumu, kterému pak určují směr. Hypotéza je domněnka, předpoklad, tvrzení, které vyjadřujeme oznamovací větou, a vyjadřuje vztahy mezi proměnnými. Podstatnou částí kvantitativního výzkumu je určit, kdo bude tvořit výzkumný soubor. Předmětem výzkumu jsou jevy – osoby nebo věci a existuje několik způsobů, jak jedince, situace vybírat a dle jakých znaků. Vždy by měly být znaky voleny tak, aby byly podstatné pro výzkum.

Před hlavním výzkumem je doporučeno uskutečnit tzv. pilotážní výzkum, kdy dochází k ověřování a předcházení chybám. Jde o seznámení se s prostředím. Dále je důležitou součástí předvýzkum, kdy se ověřuje, zda výzkumný nástroj funguje a popřípadě lze ještě udělat úpravy v hypotézách nebo výzkumném souboru.

Mezi základní kvantitativní výzkumné metody patří dotazník, který je metodou použitou v našem výzkumu. Dotazník je písemné kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Je určen pro hromadné získávání údajů při malé investici času. Otázky v dotazníku mohou být uzavřené, které nabízí alternativní odpovědi, otevřené, jež dávají respondentovi možnost neomezeně se vyjádřit k danému jevu a polouzavřené otázky, které nabízejí jak alternativní odpověď, tak možnost volné odpovědi. Pro sestavení dotazníku existují určité zásady, které je vhodné dodržovat. Nejlépe je rozdělit dotazník do tří částí, kdy vstupní část obsahuje hlavičku, kde autor vysvětluje hlavní cíle realizace výzkumu. Měly by se zde objevit instrukce ke správnému vyplnění dotazníku, popřípadě názorný příklad. Druhá část obsahuje samotné otázky dotazníku, přičemž je velmi důležitá jejich posloupnost. Na začátku by měly být uvedeny otázky lehčí, abychom respondenta neodradili od vyplňování, uprostřed pak následují otázky těžší a méně zajímavé. Na závěr by měly být zařazeny otázky důvěrné, faktografické, které nejsou unavující. Ve třetí části dotazníku by se mělo objevit poděkování za čas věnovaný vyplňováním.

Pokud máme sesbírány všechny údaje, přistupujeme k jejich zpracování nejčastěji pomocí grafů a tabulek, které jsou přehlednou formou prezentace výsledků. Jakmile data zpracujeme, přichází na řadu jejich interpretace, vyhodnocení (Gavora, 2002, s. 53 – 169).

Pro analýzu jsme využili chí-kvadrát, test nezávislosti pro kontingenční tabulku. Tento test je používán pro rozhodnutí, zda existuje závislost mezi dvěma jevy. Jde o porovnávání pozorovaných četností a očekávaných četností a často se používá právě při zpracování výsledků z dotazníkového šetření. Kontingenční tabulka pak slouží ke zjednodušení práce s datovými soubory, které jsou obsáhlé. Pomocí ní si data třídíme do srozumitelnější formy a snadněji z nich získáme další informace.

#### 4.1 Vlastní výzkumné šetření

Jelikož se zabýváme sekundární analýzou dat z dotazníkového šetření, bylo již předem jasné, že využijeme kvantitativní výzkum, nezabývali jsme se již ani výběrem výzkumného souboru, tento vzorek tvořili respondenti – rodinní příslušníci, přátelé a známí uživatelů sociální služby, pro něž byl dotazník vyhotoven a kteří jej v průběhu let měli možnost vyplnit.

První úvaha o možnosti hodnocení kvality poskytované sociální služby v zařízení pomocí dotazníku se objevila v roce 2009. Tým pracovníků zařízení sestavil dotazník, který byly každoročně vyplněny rodinnými příslušníky a osobami blízkými. V dubnu roku 2012 došlo k aktualizaci dotazníku. Původní dotazník, platný od roku 2009 do konce dubna roku 2012 obsahoval 14 otázek. Z toho byly 4 uzavřené, 8 polouzavřených, u kterých mohli respondenti doplnit své postřehy nebo náměty a 2 otázky otevřené (Příloha PI). V dubnu roku 2012 byl dotazník aktualizován a otázek je nyní celkem 21, kdy 6 je uzavřených, 10 polouzavřených a 5 otevřených (Příloha PII).

Data jsme měli tedy již sesbírána a mohli jsme se tak zaměřit na samotnou analýzu předem určených otázek. Po konzultaci s vedením domova byly vybrány čtyři otázky z dotazníků, které jsou považovány za podstatné ukazatele kvality poskytované sociální služby v domově, a je kladen velký důraz na to, aby zrovna tyto oblasti byly poskytovány na co možná nejvyšší úrovni. Zároveň jsou to otázky, které nám nejlépe odpovídají, zda je naplňováno poslání Domova a plněny cíle, které si nabízená služba nastavila.

Jedna z vybraných otázek je zaměřena na zjištění předávání dostatečného množství informací o poskytované službě. Tato otázka byla vybrána především z toho důvodu, že jedním z cílů služby je udržování přirozených sociálních vazeb. U osob žijících v ústavním zařízení se v největší míře jedná právě o rodinu a jiné příbuzné. Snahou pracovníků je, aby vztahy nebyly zpřetrhány a fungovali ke spokojenosti jak uživatelů, tak rodiny i sociální služby. Už jen z tohoto důvodu je podstatné, aby rodinní příslušníci i opatrovníci měli dostatek informací o poskytované sociální službě a především o svých opatrovancích. Při nedostatku potřebných informací dochází ke zbytečným nesrovnalostem, nejasnostem a častému nepochopení, což následně neumožňuje poskytovat takovou službu, jak by si rodinní příslušníci či opatrovníci představovali a celý proces služby se komplikuje. Při kapacitě 128 uživatelů, kdy i přesto, že v průměru je u poloviny uživatelů ustanoven opatrovníkem obec, je velmi komplikované poskytovat veškeré informace v takové míře, jak by bylo adekvátní. Zařízení o své sociální službě poskytuje informace na webových stránkách, kde jsou veškeré potřebné základní informace, dále jsou k dispozici informační letáčky. Veškeré informace také zájemcům sdělí kdykoliv pracovníci domova a to buď osobně, telefonicky nebo písemnou či elektronickou formou. Položením této otázky v dotazníku se zařízení snaží průběžně zjišťovat, jaké informace rodinným příslušníkům scházejí a jaká forma předávání informací by jim popřípadě vyhovovala.

Další otázka je zaměřena na spokojenost s kvalitou zdravotní a ošetrovatelské péče, kde je zahrnuta i rehabilitace a fyzioterapie. Poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče je v domovech pro osoby se zdravotním postižením jednou z nejdůležitějších činností, neboť jak již popisuje kapitola druhá v teoretické části, postižení může mít odlišnou etiologii a dle stupně a míry postižení je vyžadována i specifická péče, která vyžaduje individuální přístup u každého uživatele. Obzvláště u osob nekomunikujících, které nedokáží sami upozornit na svůj zdravotní stav, že je například něco bolí, je nezbytně nutné, aby pracovníci využili maximálně své pozorovací schopnosti a při sebemenším náznaku komplikací, zdravotní či ošetrovatelskou péči zajistili. Tato péče je jedním z ukazatelů kvality služby a je našim cílem, aby i rodina a opatrovníci byly v této oblasti spokojeni.

Další dvě vybrané otázky se týkají nabídky volnočasových aktivit a nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a zájezdů. Jeden z cílů domova aktivizace uživatelů vedoucí k udržení a posílení jejich stávajících schopností a soběstačnosti. Výběr volnočasových aktivit je v zařízení podstatně dostatek, ale i přesto se nelze zavděčit všem uživatelům. Stejně tak při vyhledávání akcí mimo zařízení je snaha pracovníků o maximál-

ní využití setkávání se se společenským prostředím. Při akcích mimo zařízení se však neustále potýkáme s bariérami, díky nimž nelze tento kontakt zprostředkovat vždy a všem.

Názor rodiny a opatrovníků je v této oblasti důležitý, především proto, že při pobytech uživatelů u svých příbuzných se mohou věnovat činnostem, které nejsou v zařízení prozatím uskutečňovány, a to třeba jen z toho důvodu, že si uživatel nedokáže sám o tuto činnost říct a pracovníka tato činnost nemusí vůbec napadnout, upozorní na ni tedy příbuzný. Stejně tak je to i s návštěvami akcí mimo zařízení. Často se nám může zdát, že o danou akci by nemusel mít nikdo zájem, ale pokud nás na toto upozorní rodina či příbuzný, můžeme se snažit podobné akce vyhledat v okolí nebo pokud by to možnosti dovolili, uspořádat ji přímo v zařízení.

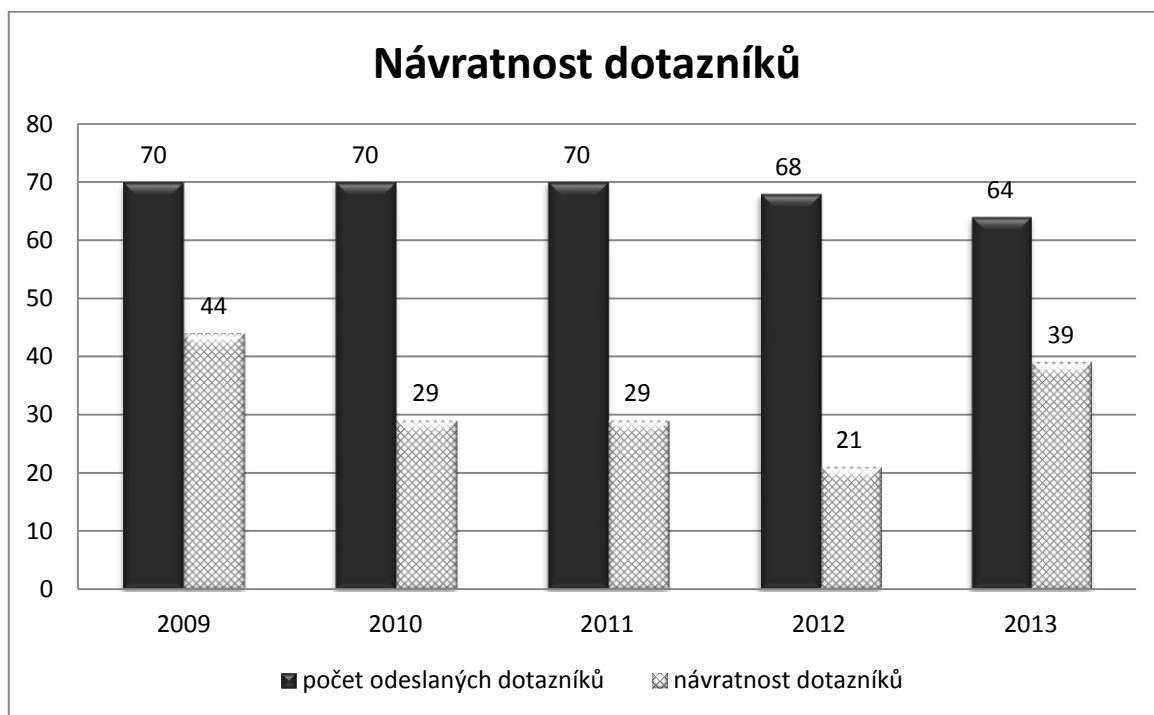
Získat informace a hodnocení na poskytovanou sociální službu z pohledu rodiny a opatrovníků je bezesporu důležitým prostředkem k hodnocení zařízení, proto je nutné na jejich podněty a připomínky brát zřetel, a pokud je to v možnostech domova, tyto podmínky neustále na základě připomínek zlepšovat.

Vybrané otázky k realizaci výzkumu zůstaly totožné i po aktualizaci, bylo tedy možné je v průběhu let 2009 – 2013 porovnat a zhodnotit.

Celková kapacita zařízení je 128 uživatelů. Tato kapacita nebyla každým rokem naplněna a v průběhu roku se počet osob žijících v domově měnil. V průměru je u víc než poloviny uživatelů opatrovníkem obec, u zbývajících zastávají funkci opatrovníka rodinní příslušníci nebo jiné fyzické osoby. Obci byl poskytnut vždy tedy jen jeden dotazník, zbývajícím opatrovníkům byly dotazníky zasílány poštou, návratnost nebyla vždy stoprocentní a při analýze jsme pracovali s navracenými dotazníky, jejichž počet se každým rokem lišil.

Tabulka č. 3 *Návratnost dotazníků v průběhu let 2009 - 2013*

Jednotlivé roky	Odeslané dotazníky	Návratnost dotazníků
2009	70	44
2010	70	29
2011	70	29
2012	68	21
2013	64	39
<b>Celkový počet dotazníků</b>	<b>342</b>	<b>162</b>

Graf č. 1 *Návratnost dotazníků*

Z tabulky č. 3 a grafu č. 1 je patrné, že návratnost dotazníků se každý rok liší. V roce 2009, kdy byl dotazník vytvořen, bylo odesláno 70 dotazníků a návratnost byla více jak nadpoloviční a vrátilo se 44 dotazníků. V roce 2010 a 2011 byla návratnost již nižší, pro oba roky shodná. Z odeslaných 70 dotazníků se vrátilo 29. Nejnižší návratnost byla v roce 2012, což můžeme přisuzovat tomu, že respondenti své připomínky a podněty

k poskytované službě uvedli již v předešlých letech a na základě těchto připomínek zařízení případné nedostatky odstranilo, respondenti byli s kvalitou poskytované služby spokojeni více než v předchozích třech letech, neměli jiné připomínky k daným otázkám, a proto dotazník nevyplňovali. Tento poznatek vedl i k tomu, že se vedení rozhodlo stávající dotazník aktualizovat. V roce 2013 je návratnost opět vyšší a z počtu 64 odeslaných dotazníků jich bylo vráceno 39. Toto je přehled odeslaných dotazníků poštou přímo opatrovníkům a příbuzným. Dotazníky jsou ale dále k dispozici i během celého roku, takže návštěvy je mohou kdykoli vyplnit a předat pracovníkům nebo vhodit do schránky k dalšímu zpracování. V tabulce jsou tedy uvedeny pouze reálně odeslané dotazníky.

U otázek mohli respondenti vybírat z následujících odpovědí: rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne, popřípadě doplnit konkrétní připomínky, což někteří z respondentů využili. Z vybraných otázek byly tři otázky polouzavřené, kde měli respondenti na výběr z odpovědí, zároveň ale mohli doplnit konkrétní připomínky. Jedna z otázek je pak uzavřená, kde jsou na výběr čtyři alternativní odpovědi. Následující položka v dotazníku však vybízí k doplnění údajů k dané otázce, takže i zde měli respondenti možnost doplnit bližší informace, pokud měli tuto potřebu.

Závěr výzkumu bude sloužit jako zpětná vazba a ukazatel kvality poskytované sociální služby a povede k případným dalším úpravám a změnám ve vybraném zařízení.

## 4.2 Způsob zpracování dat

Při zpracování jsme postupovali po jednotlivých krocích, které v této kapitole podrobně popisujeme.

### 1. Formulace cílů a hypotéz

Nejprve byl formulován hlavní výzkumný cíl a výzkumný problém.

Následně byly formulovány věcné hypotézy, každá hypotéza má výzkumnou otázku, k nimž byly přiřazeny hypotézy nulová a alternativní, které byly na základě výpočtu buď přijaty, nebo odmítnuty.

Nulová hypotéza, označována  $H_0$ , vyjadřuje, že mezi sledovanými jevy není žádný významný vztah.

Alternativní hypotéza, označována  $H_A$  pak dokazuje opak a dokazuje, že mezi sledovanými jevy je vztah, výsledky jsou významné.

## 2. Volba hladiny významnosti

Rozhodování o platnosti nulové hypotézy má pravděpodobnostní charakter. Riziko, že odmítneme neoprávněně nulovou hypotézu, označujeme jako hladinu významnosti. Máme možnost vybrat si buď hladinu významnosti 0,05, nebo 0,01. V humanitních výzkumech se nejčastěji používá hladina významnosti 0,05 (5%), což znamená, že pravděpodobnost neoprávněného přijetí alternativní hypotézy je 5%. Tuto hladinu významnosti použijeme i při našem výzkumu.

## 3. Kompletace dat

Při analýze kvality služby jsme postupovali tak, že jsme nejprve zajistili kompletaci dostupných dat a jejich úpravu. Tyto údaje jsou zpracovány pomocí kontingenční tabulky. Kategorie jednoho znaku určují řádky a kategorie druhého znaku sloupce. Jednotlivá pozorování jsou pak zařazena do příslušné buňky tabulky.

Základní myšlenkou testu chí-kvadrát spočívá v pozorování pozorovaných četností a očekávaných četností. Pozorované četnosti (P) zjistíme z kontingenční tabulky, očekávanou četnost (O) musíme vypočítat. Při výpočtu pak vycházíme z toho, že platí nulová hypotéza. Velkost rozdílů mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi posuzujeme pomocí testové statistiky.

Dále uvádíme četnosti pod tabulkou a vpravo od tabulky, které označujeme jako tzv. marginální (okrajové) četnosti a jde o součty četností v daných řádcích a sloupcích tabulky.

Pozorovaná četnost (P) jsou skutečné data získaná z dotazníků.

Očekávaná četnost (O) jsou hodnoty uvedené v závorce. Pro každou pozorovanou četnost vypočítáme očekávanou četnost. Vypočítáme ji tak, že odpovídající marginální četnosti ve sloupci v tabulce násobíme marginální četností v daném řádku a tento součin potom dělíme celkovou četností.

Při použití testu nezávislosti chí-kvadrát je podmínkou, že očekávaná četnost musí být vždy větší než 1 a zároveň musí být větší než 5 u více než 20% polí kontingenční tabulky.



Pro případ, kdy toto tabulky nesplňují, lze postupovat tak, že se jednotlivé pole tabulky seskupí dle předem stanoveného pravidla. V našem případě jsme seskupili roky 2009, 2010 a 2011 do jednoho sloupce a rok 2012 a 2013 do druhého sloupce. Stejně tak jsme postupovali u výběru možných odpovědí, kdy odpověď rozhodně ano i spíše ano zůstala samostatně a zbývající odpovědi – spíše ne, rozhodně ne a jinou odpověď, jsme seskupily a vznikly nám tak tři řádky.

Tabulky pro všechny čtyři otázky jsme upravili stejným způsobem a při analýze jsme tedy vycházeli z kontingenčních tabulek se seskupenými údaji, které jsou členěných do dvou sloupců a tří řádků.

V tabulce je uvedena i relativní četnost, jež se vyjadřuje v %, která je následně využita pro grafické znázornění odpovědí v jednotlivých letech a jejich porovnání. Graf je doplněn komentářem a jsou zde doplněny odpovědi respondentů na polouzavřené otázky.

#### 4. Stupeň volnosti

K testování je dále třeba zvolit počet stupňů volnosti, jež vypočítáme pomocí vzorce  $f = (r-1) \cdot (s-1)$ , kdy  $r$  je počet řádků v kontingenční tabulce a  $s$  je počet sloupců v kontingenční tabulce. V našem případě již pracujeme s kontingenční tabulkou se seskupenými údaji, tedy třemi řádky a dvěma sloupci:

$$f = (3-1) \cdot (2-1)$$

$$f = 2 \cdot 1$$

$$f = 2$$

Stupeň volnosti, se kterým budeme dále pracovat, je tedy 2.

#### 5. Výpočet testového kritéria

Pro přehlednost převedeme z kontingenční tabulky se seskupenými údaji nejprve všechny pozorované četnosti a očekávané četnosti do tabulky test chí-kvadrát. Ve třetím sloupci uvedeme rozdíl mezi pozorovanou a očekávanou četností.

Zde platí, že celkový součet ve sloupci pozorovaných četností se musí rovnat celkovému počtu získaných odpovědí, v našem případě tedy 162. Stejně ve sloupci očekávaných četností. Po sečtení třetího sloupce, kde platí vztah P-O, nám musí vyjít 0.

Pro výpočet testového kritéria, pak musíme vypočítat hodnoty pro každé pole kontingenční tabulky pomocí vzorce  $(P-O)^2 : O$ .

Testové kritérium označováno jako  $X^2$  následně vypočítáme sečením všech hodnot, podle vzorce  $X^2 = \sum [ (P-O)^2 : O ]$ .

Jakmile máme vypočítáno testové kritérium, přistoupíme na testování hypotéz.

## 6. Testování hypotéz

Pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 2 nalezneme ve statistické tabulce (tabulka č. 4) kritickou hodnotu testového kritéria. Srovnáním vypočítané hodnoty testového kritéria a hodnotou kritickou testujeme hypotézy.

Pokud je testové kritérium nižší než kritická hodnota nalezená v tabulkách, přijímáme nulovou hypotézu, pokud by byla vypočítaná hodnota vyšší, nulovou hypotézu zamítáme a připouštíme alternativní hypotézu.

Přijetí nulové hypotézy má pak stěžejní význam při interpretaci dosažených výsledků. Pokud ji přijmeme, vyplývá, že výsledky je možné vysvětlit působením náhody, mezi jevy tedy nemusí být žádný vztah (Chráška, 2007, s. 70 - 75).

Tabulka č. 4 *Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát*

stupeň volnosti	hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,843	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,341
4	9,488	13,277
5	11,070	15,086

*Zdroj: Metody pedagogického výzkumu (Chráška, 2007, s. 248)*

## 7. Prezentace výsledků

Získaná data z dotazníků byla převedena do tabulek a následně znázorněna pomocí grafů, které nám poskytly první srozumitelné výsledky, podle nichž jsme mohly zhodnotit vývoj služby a zodpovědět stanovenou výzkumnou otázku a jednotlivé hypotézy. U některých otázek respondenti uvedli vlastní komentář, podněty a připomínky. Tyto připomínky a názory jsou vždy uvedeny jako doplňková odpověď u zpracovaných tabulek a grafů.

### 4.3 Cíle výzkumu a formulace hypotéz

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jak se vyvíjela kvalita vybrané sociální služby a zda došlo v průběhu let 2009 - 2013 ke zvýšení její kvality a zda jsou s kvalitou služby opatrovníci, rodinní příslušníci, přátelé a známí uživatelů sociální služby spokojenější.

Výzkumný problém byl stanoven následovně: Do jaké míry jsou respondenti spokojeni s kvalitou poskytované služby?

Na základě vytyčeného cíle byly formulovány čtyři věcné hypotézy a následně k nim výzkumné otázky s hypotézou nulovou a alternativní.

**H1:** Hodnocení systému předávání informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

**H2:** Hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení je lepší v letech 2012-2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

**H3:** Hodnocení nabídky volnočasových aktivit v zařízení je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

**H4:** Hodnocení nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

**VO 1:** Zlepšil se systém předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu sledovaného období?

**H<sub>10</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu let 2009 - 2013.

**H<sub>1A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu let 2009 - 2013.

**VO 2:** Je zdravotní a ošetrovatelská péče v průběhu sledovaného období z pohledu respondentů kvalitnější?

**H<sub>20</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v průběhu let 2009 - 2013.

**H<sub>2A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péči v průběhu let 2009 - 2013.

**VO 3:** Zlepšila se nabídka volnočasových aktivit v zařízení v průběhu let a nabízí tak lepší využití volného času pro uživatele sociální služby?

**H<sub>30</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 - 2013.

**H<sub>3A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 – 2013.

**VO 4:** Je nabídka kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let kvalitnější a jsou respondenti s touto nabídkou spokojenější?

**H<sub>40</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 - 2013.

**H<sub>4A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 - 2013.

#### 4.4 Prezentace výsledků šetření

**Otázka č. 1:** Máte dostatek informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování?

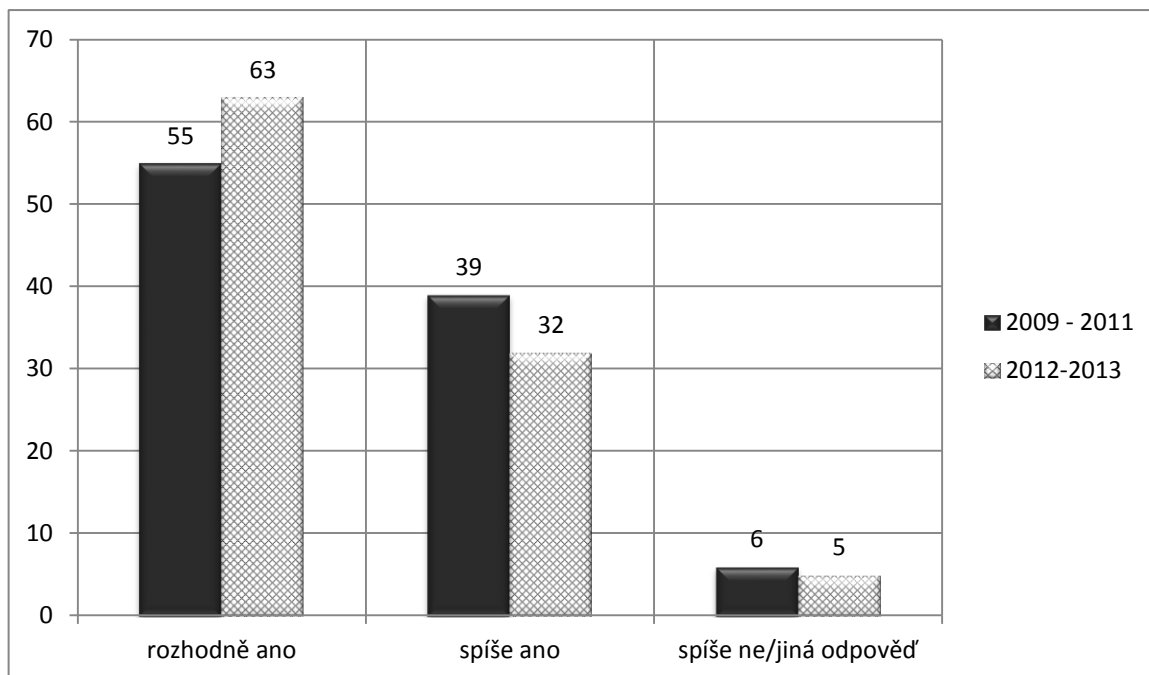
Tabulka č. 5 *Kontingenční tabulka k otázce č. 1*

hodnocené roky	2009	2010	2011	2012	2013	$\Sigma$
odpovědi respondentů						
rozhodně ano	23	14	19	15	23	94
spíše ano	17	13	10	6	13	59
spíše ne	2	2	0	0	1	5
rozhodně ne	0	0	0	0	0	0
bez odpovědi/jiná odpověď	2	0	0	0	2	4
$\Sigma$	44	29	29	21	39	162

Tabulka č. 6 *Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 1*

hodnocené roky	2009 - 2011	relativní četnost	2012 - 2013	relativní četnost	$\Sigma$
odpovědi respondentů	P (O)		P (O)		
rozhodně ano	56 (59,2)	55%	38 (34,8)	63%	94
spíše ano	40 (37,1)	39%	19 (21,9)	32%	59
spíše ne/rozhodně ne/ jiná odpověď	6 (5,7)	6%	3 (3,3)	5%	9
$\Sigma$	102	100%	60	100%	162

Graf č. 2 Znáznornění kontingenční tabulky č. 6 v %



Z tabulky i grafu je patrné, že v prvním sledovaném období, tedy v letech 2009 – 2011 odpovědělo 56 respondentů (55%), že jsou rozhodně spokojeni s poskytováním informací, 40 respondentů (39%) zaznačilo odpověď, že jsou spíše spokojeni a 6 respondentů (6%) s poskytováním informací spokojeni spíše nejsou, nebo uvedli jinou odpověď. V druhém sledovaném období, v letech 2012 – 2013 odpovědělo 38 respondentů (63%), že jsou rozhodně s poskytováním informací spokojeni, odpověď spíše ne zvolilo 19 respondentů (32%) a 3 respondenti (5%) označili odpověď spíše ne, nebo doplnili vlastní odpověď.

Pokud obě sledované období porovnáme, můžeme s jistotou říct, že v letech 2012 – 2013 odpověď rozhodně ano byla volena vícekrát a četnost odpovědi spíše ano či jiná odpověď se snížila oproti letům 2009 – 2011.

Otázka týkající se informovanosti o sociální službě a průběhu jejího poskytování je otázka uzavřená, takže respondenti vybírali z předem stanovených odpovědí. Následující položka dotazníku se však k otázce těsně vztahuje a vybízela respondenty k tomu, aby v případě chybějících informací napsali, z které oblasti. Ač tedy odpovídali, že mají dostatek informací a jsou spokojeni, přeci jen by uvítali více informací z oblasti zdravotní a přímé obslužné péče, jeden z respondentů uvedl, že uživatelé se bojí o svém zdravotním stavu mluvit. Dále by dostávali rádi informace o organizaci a průběhu volnočasových aktivit v zařízení a pořádaných kulturních, sportovních a pobytových akcích mimo zařízení. Tyto

možnosti byly uvedeny vícekrát. Ojediněle se pak objevil požadavek o podávání informací týkající se financí a hospodaření s finančními prostředky uživatelů a jak je to s výkonem opatrovnictví.

**VO 1: Zlepšil se systém předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu sledovaného období?**

$H_{10}$  : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu let 2009 - 2013.

$H_{1A}$  : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu let 2009 - 2013.

Tabulka č. 7 Test chí-kvadrát pro otázku č. 1

Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
56	59,2	-3,2	10,24	0,173
40	37,1	2,9	8,41	0,226
6	5,7	0,3	0,09	0,016
38	34,8	3,2	10,24	0,294
19	21,9	-2,9	8,41	0,384
3	3,3	-0,3	0,09	0,027
$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 0		$X^2$ 1,12

Vypočítaná hodnota  $X^2 = 1,12$  je při hladině významnosti 0,05 a 2 stupních volnosti menší než kritická hodnota  $X^2_{0,05}(2) = 5,991$ , a proto nezamítáme nulovou hypotézu.

To znamená, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování v průběhu let 2009 - 2013.

**Otázka č. 2:** Jste spokojeni s kvalitou zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení?

Tabulka č. 8 *Kontingenční tabulka k otázce č. 2*

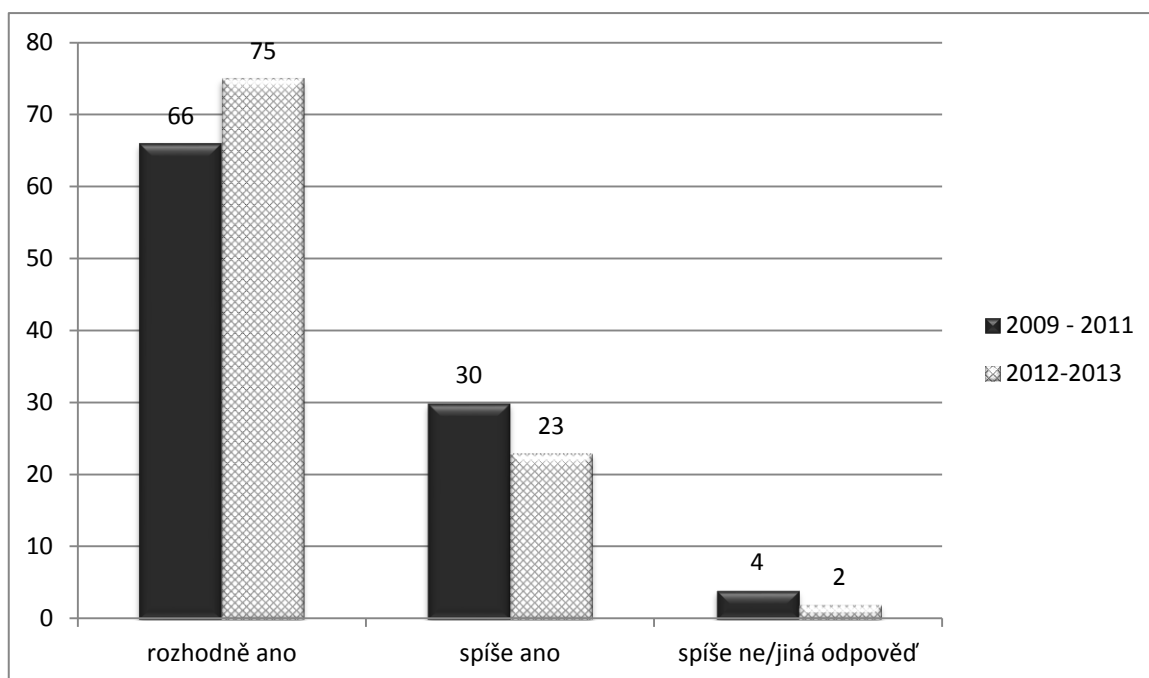
hodnocené roky	2009	2010	2011	2012	2013	$\Sigma$
odpovědi respondentů						
rozhodně ano	28	19	20	15	30	112
spíše ano	14	9	8	6	8	45
spíše ne	1	0	0	0	0	1
bez odpovědi/jiná odpověď	1	1	1	0	1	4
$\Sigma$	44	29	29	21	39	162

Tabulka č. 9 *Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 2*

hodnocené roky	2009 - 2011	relativní četnost	2012 - 2013	relativní četnost	$\Sigma$
odpovědi respondentů	P (O)		P (O)		
rozhodně ano	67 (70,5)	66%	45 (41,5)	75%	112
spíše ano	31 (28,3)	30%	14 (16,7)	23%	45
spíše ne/jiná odpověď	4 (3,2)	4%	1 (1,8)	2%	5
$\Sigma$	102	100%	60	100%	162



Graf č. 3 Znárodnění kontingenční tabulky č. 9 v %



Z následující tabulky a grafu můžeme vyčíst, že v prvním sledovaném období, v letech 2009 – 2012 odpovědělo celkem 67 respondentů (66%), že s kvalitou zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení jsou rozhodně spokojeni. 31 respondentů (30%) zaznačilo odpověď, že jsou spíše spokojeni a 4 respondenti (4%) uvedlo, že se zdravotní a ošetrovatelskou péčí spíše nejsou spokojeni, nebo neuvedli žádnou z možných odpovědí a využili možnost polouzavřené otázky, kde připsali k dané položce komentář. V druhém sledovaném období, v letech 2012 – 2013 odpovědělo 45 respondentů (75%), že s touto péčí rozhodně spokojeni jsou, 14 z nich (23%) jsou s ní spokojeni méně a 1 (1%) respondent uvedl jinou odpověď.

Při porovnání obou sledovaných období, můžeme vyvodit, že v letech 2012 – 2013 se počet odpovědí rozhodně ano navýšil, odpověď spíše ano a spíše ne, či jiná odpověď byla volena méněkrát oproti druhému sledovanému období 2009 – 2011.

Z celkového počtu respondentů, se jeden zmínil, že by celkově uvítal kvalitnější zdravotní péči. Jeden z nich uvedl, že se mu zdá nedostatečná zubní péče.

**VO 2:** Je zdravotní a ošetrovatelská péče v průběhu sledovaného období z pohledu respondentů kvalitnější?

$H_{20}$  : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v průběhu let 2009 - 2013.

$H_{2A}$  : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péči v průběhu let 2009 - 2013.

Tabulka č. 10 *Test chí-kvadrát pro otázku č. 2*

Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
67	70,5	-3,5	12,25	0,174
31	28,3	2,7	7,29	0,258
4	3,2	0,8	0,64	0,200
45	41,5	3,5	12,25	0,230
14	16,7	-2,7	7,29	0,437
1	1,8	-0,8	0,64	0,355
$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 0		$X^2$ 1,654

Vypočítaná hodnota  $X^2 = 1,654$  je při hladině významnosti 0,05 a 2 stupních volnosti menší než kritická hodnota  $X^2_{0,05}(2) = 5,991$ , a proto nezamítáme nulovou hypotézu.

To znamená, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v průběhu let 2009 - 2013.

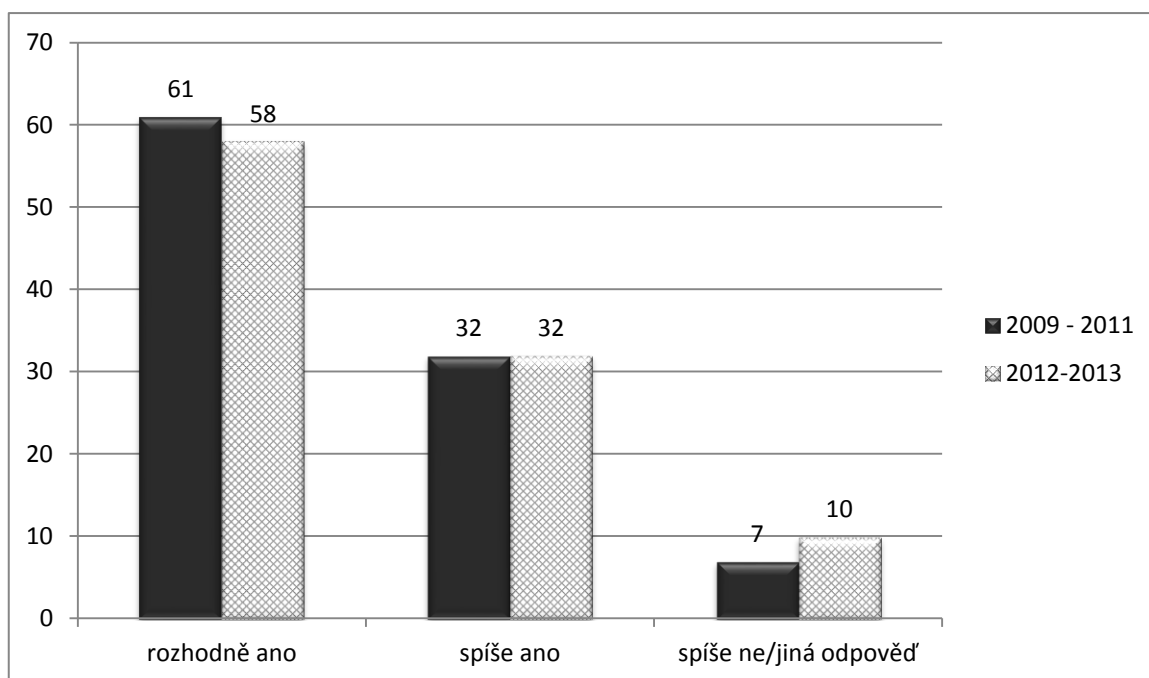
**Otázka č. 3:** Jste spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v zařízení?Tabulka č. 11 *Kontingenční tabulka k otázce č. 3*

hodnocené roky	2009	2010	2011	2012	2013	celkem
odpovědi respondentů						
rozhodně ano	30	14	18	13	22	97
spíše ano	12	13	8	6	13	52
spíše ne	2	0	0	0	0	2
bez odpovědi/jiná odpověď	0	2	3	2	4	11
celkem	44	29	29	21	39	162

Tabulka č. 12 *Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 3*

hodnocené roky	2009 - 2011	relativní četnost	2012 - 2013	relativní četnost	$\Sigma$
odpovědi respondentů	P (O)		P (O)		
rozhodně ano	62 (61,1)	61%	35 (35,9)	58%	97
spíše ano	33 (32,7)	32%	19 (19,3)	32%	52
spíše ne/jiná odpověď	7 (8,2)	7%	6 (4,8)	10%	13
$\Sigma$	102	100%	60	100%	162

Graf č. 4 Znárodnění kontingenční tabulky č. 12 v %



U otázky týkající se spokojenosti s nabídkou volnočasových aktivit je z tabulky i grafu patrné, že v letech 2009 – 2011 odpovědělo celkem 62 respondentů (61%), že jsou s nabídkou rozhodně spokojeni, méně spokojeno je 33 respondentů (32%) a jinou odpověď volilo 7 respondentů (7%). V letech 2012 – 2013 odpovědělo 35 respondentů, že jsou rozhodně spokojeni, 19 respondentů (32%) je spokojeno méně a 6 respondentů (10%).

Při porovnání zjistíme, že četnost odpovědí spíše ano byla v obou sledovaných obdobích totožná. Kdežto odpověď rozhodně ano byla ve druhém sledovaném období volena méněkrát než v prvním období, namísto toho se zvýšila četnost respondentů, kteří volili volnou odpověď v letech 2012 – 2013 oproti létům 2009 – 2011.

Respondenti, kteří využili možnost volné odpovědi, v průběhu let uvedli, že aktivita uživatelů je minimální, neuskutečňují se žádné vycházky, hudební nebo pohybová činnost. Tři z respondentů uvedli, že jim volnočasové aktivity v zařízení nejsou vůbec známy a nemohou tedy hodnotit. Jeden z respondentů by byl spokojenější, kdyby uživatelé trávili více času na vzduchu a další z respondentů navrhoval, zda by bylo možné mít v zahradě zvířata, o které by se uživatelé mohli starat.

**VO 3:** Zlepšila se nabídka volnočasových aktivit v zařízení v průběhu let a nabízí tak lepší využití volného času pro uživatele sociální služby?

**H3<sub>0</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 - 2013.

**H3<sub>A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 – 2013.

Tabulka č. 13 *Test chí-kvadrát pro otázku č. 3*

Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
62	61,1	0,9	0,81	0,013
33	32,7	0,3	0,09	0,003
7	8,2	-1,2	1,44	0,176
35	35,9	-0,9	0,81	0,023
19	19,3	-0,3	0,09	0,005
6	4,8	1,2	1,44	0,3
$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 0		$X^2$ 0,52

Vypočítaná hodnota  $X^2 = 0,52$  je při hladině významnosti 0,05 a 2 stupních volnosti menší než kritická hodnota  $X^2_{0,05}(2) = 5,991$ , a proto nezamítáme nulovou hypotézu.

To znamená, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 - 2013.

**Otázka č. 4:** Jste spokojeni s nabídkou kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu kalendářního roku, které uživatelům nabízíme?

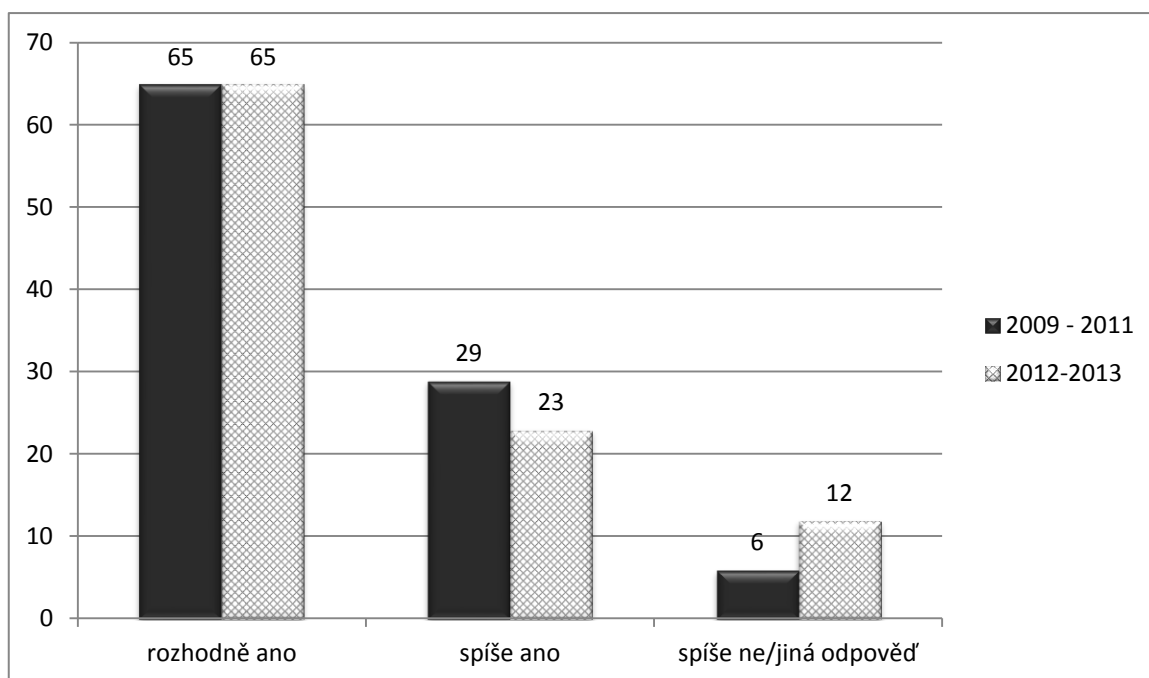
Tabulka č. 14 *Kontingenční tabulka k otázce č. 4*

hodnocené roky	2009	2010	2011	2012	2013	celkem
odpovědi respondentů						
rozhodně ano	29	17	20	15	24	105
spíše ano	15	8	7	3	11	44
spíše ne	0	1	0	1	0	2
bez odpovědi/jiná odpověď	0	3	2	2	4	11
celkem	44	29	29	21	39	162

Tabulka č. 15 *Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 4*

hodnocené roky	2009 - 2011	relativní četnost	2012 - 2013	relativní četnost	$\Sigma$
odpovědi respondentů	P (O)		P (O)		
rozhodně ano	66 (66,1)	65%	39 (38,9)	65%	105
spíše ano	30 (27,7)	29%	14 (16,3)	23%	44
spíše ne/rozhodně ne/ jiná odpověď	6 (8,2)	6%	7 (4,8)	12%	13
$\Sigma$	102	100%	60	100%	162

Graf č. 5 Znárodnění kontingenční tabulky č. 15 v %



Z tabulky i grafu je u otázky čtvrté patrné, že v prvním sledovaném období, tedy v letech 2009 – 2011 odpovědělo 66 respondentů (65%), že jsou rozhodně spokojeni s nabídkou kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů, kterých se uživatelé účastní, 30 respondentů (29%) zaznačilo odpověď, že jsou spíše spokojeni a 6 respondentů (6%) s touto nabídkou spokojeni spíše nejsou, nebo uvedli jinou odpověď. V druhém sledovaném období, v letech 2012 – 2013 odpovědělo 39 respondentů (65%), že jsou rozhodně spokojeni s nabídkou, odpověď spíše ano zvolilo 14 respondentů (23%) a 7 respondentů (12%) označili odpověď spíše ne, nebo doplnili vlastní odpověď.

Pokud obě sledované období porovnáme, můžeme s jistotou říct, že v obou sledovaných obdobích byla odpověď rozhodně ano volena stejným počtem respondentů. Četnost odpovědi spíše ano se v druhém sledovaném období proti prvnímu snížila, oproti tomu se však navýšila četnost odpovědí spíše ne a jiná odpověď ve druhém sledovaném období.

V otevřených odpovědích se 5 respondentů shodlo na tom, že nemohou tuto položku posoudit, neboť nemají dostatek potřebných informací o těchto akcích. Jeden z respondentů by byl ráda za více akcí pro vozíčkáře. Další pak usuzuje, že by bylo vhodné navštěvovat nebo pořádat více tanečních akcí a diskoték. Jeden z respondentů pak popsal, že by bylo

pro uživatele vhodné navštěvovat více kulturních akcí, které jsou určeny přímo pro zdravotně postižené občany.

**VO 4:** Je nabídka kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let kvalitnější a jsou respondenti s touto nabídkou spokojenější?

**H<sub>40</sub>** : Neexistují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 - 2013.

**H<sub>4A</sub>** : Existují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 - 2013.

Tabulka č. 16 *Test chí-kvadrát pro otázku č. 4*

Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P-O	(P-O) <sup>2</sup>	$\frac{(P-O)^2}{O}$
66	66,1	-0,1	0,01	0,001
30	27,7	2,3	5,29	0,191
6	8,2	-2,2	4,84	0,590
39	38,9	0,1	0,01	0,001
14	16,3	-2,3	5,29	0,325
7	4,8	2,2	4,84	1,008
$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 162	$\Sigma$ 0		$X^2$ 2,116

Vypočítaná hodnota  $X^2 = 2,116$  je při hladině významnosti 0,05 a 2 stupních volnosti menší než kritická hodnota  $X^2_{0,05}(2) = 5,991$ , a proto nezamítáme nulovou hypotézu.

To znamená, že neexistují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 - 2013.



## 4.5 Shrnutí výzkumu

Praktická část byla zaměřena na hodnocení kvality vybrané poskytované sociální služby z pohledu rodinných příslušníků, přátel a známých uživatelů sociální služby. Pro výzkum byly použity dotazníky vyplněné rodinnými příslušníky, přáteli a známými uživateli a v průběhu let 2009 – 2013 bylo odesláno celkem 342 dotazníků. Z celkového počtu byla návratnost 162 dotazníků.

Ze srovnání výsledků výzkumného šetření se stanovenými hypotézami a výzkumnými otázkami vyplynulo následující:

**H1:** Hodnocení systému předávání informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

Podle výsledků z tabulky č. 7, kde jsme na základě porovnání vypočítaného testového kritéria s kritickou hodnotou nezamítly nulovou hypotézu, která tvrdí, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení systému předávání informací o sociální službě, vyvozujeme, že hypotéza H1 se nám nepotvrdila a systém předávání informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování se v letech 2012 – 2013 v porovnání s léty 2009 – 2011 nezlepšil. Čímž zároveň dostáváme odpověď na výzkumnou otázku č. 1, kde nás zajímalo, zda se tento systém předávání informací v průběhu sledovaného období zlepšil. Respondenti jsou tedy v oblasti předávání informací o sociální službě spokojeni téměř na stejné úrovni.

**H2:** Hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v zařízení je lepší v letech 2012-2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

Podle výsledků z tabulky č. 10, kde jsme po srovnání vypočítaného testového kritéria s kritickou hodnotou připustili platnost nulové hypotézy, která tvrdí, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče v průběhu let 2009 – 2013, vyvozujeme, že hypotéza H2 se nám nepotvrdila a můžeme říct, že poskyto-

vaná zdravotní a ošetrovatelská péče v zařízení se v letech 2012 – 2013 oproti létům 2009 – 2011 nezlepšila a respondenti jsou s její kvalitou spokojeni na stejné úrovni. Zároveň tedy odpovídáme na výzkumnou otázku č. 2, kde nás zajímalo, zda je poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče v průběhu sledovaného období z pohledu respondentů kvalitnější.

**H3:** Hodnocení nabídky volnočasových aktivit v zařízení je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

Z výsledků z tabulky č. 13, kde jsme na základě porovnání vypočítaného testového kritéria s kritickou hodnotou připustili platnost nulové hypotézy, jež tvrdí, že neexistují statisticky významné rozdíly v hodnocení nabídky volnočasových aktivit v průběhu let 2009 – 2013, vyvozujeme, že hypotéza H3 se nám nepotvrdila a nabídka volnočasových aktivit v zařízení není v letech 2012 – 2013 lepší než v letech 2009 – 2011. Současně se nám dostává i odpověď na výzkumnou otázku č. 3, kterou jsme chtěli zjistit, zda se nabídka volnočasových aktivit v průběhu sledovaného období zlepšila či nikoli a došli jsme tedy k závěru, že respondenti nejsou s touto nabídkou spokojeni méně či více.

**H4:** Hodnocení nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů je lepší v letech 2012 - 2013 v porovnání s léty 2009 - 2011.

Z tabulky č. 16, kde jsme taktéž na základě porovnání vypočítaného testového kritéria s kritickou hodnotou připustili platnost hypotézy nulové, která tvrdí, že neexistují statisticky významné rozdíly ve spokojenosti s kvalitou nabídky kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let 2009 – 2013, vyvozujeme závěr, že hypotéza H4 se nám stejně jako předchozí hypotézy nepotvrdila a nabídka akcí není v letech 2012 – 2013 lepší s porovnáním let 2009 – 2011. Na výzkumnou otázku č. 4, tedy zda je nabídka kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu let kvalitnější a respondenti jsou spokojenější, můžeme odpovědět, že nikoli, respondenti jsou s touto nabídkou v průběhu let spokojeni na téměř stejné úrovni.

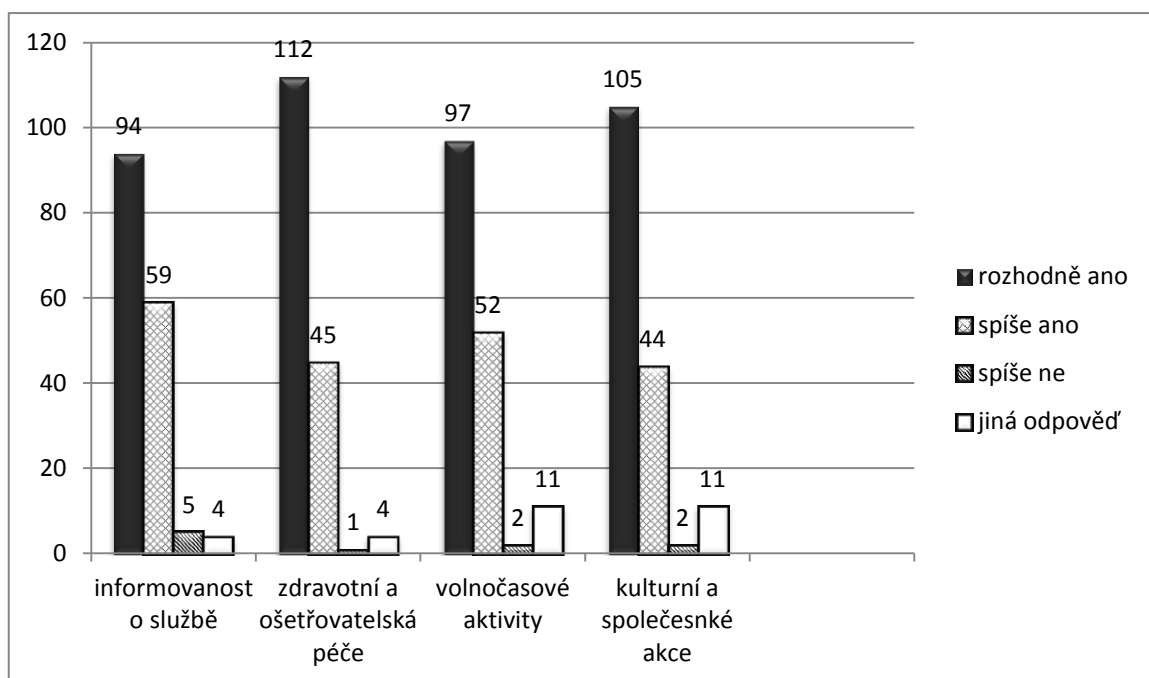
## 4.6 Diskuse

Přestože se nám ani jedna z hypotéz nepotvrdila a můžeme tedy celkově shrnout, že průběh poskytované sociální služby se v průběhu sledovaného období u vybraných oblastí z pohledu respondentů nezměnil a respondenti jsou s poskytováním služby spokojeni na stále stejné úrovni, můžeme dle jednotlivě volených odpovědí na dotazníky usoudit, že kvalita poskytované sociální služby je na velmi vysoké úrovni a s poskytovanou péčí jsou rozhodně spokojeni. Celkovou četnost volených odpovědí v jednotlivých zkoumaných oblastech shrnujeme v následující tabulce, která je následně graficky znázorněna.

Tabulka č. 17 *Shrnutí odpovědí v jednotlivých oblastech v letech 2009 - 2013*

	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	jiná odpověď
informovanost o službě	94	59	5	4
zdravotní a ošetřovatelská péče	112	45	1	4
volnočasové aktivity	97	52	2	11
kulturní a jiné akce	105	44	2	11

Graf č. 6 Shrnutí odpovědí v jednotlivých oblastech v letech 2009 – 2013



Z tabulky i grafu je tedy víc než patrné, že odpověď rozhodně ano byla nejčastěji volená ve všech zkoumaných oblastech, hned poté ji následovala odpověď spíše ano, odpověď spíše ne a možnost volné odpovědi se vyskytovala mizivě.

Stanovené cíle výzkumu byly úspěšně dosaženy a do budoucna mohou být tyto výsledky nápomocny při dalším zkvalitňování služby a při hledání jiných způsobů, jak zjišťovat spokojenost s kvalitou poskytované sociální služby.

Výzkumné šetření splnilo naše očekávání a potvrdilo velkou míru spokojenosti s kvalitou služby. Nutno však podotknout, že se tato tvrzení vztahují pouze na Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská, pro který byl výzkum realizován a nelze ho v žádném případě zohledňovat na ostatní poskytované sociální služby.

Dle dosažených výsledků můžeme dále usuzovat, že kvalita vybrané sociální služby byla vždy na velmi vysoké úrovni a vždy směřovala jak ke spokojenosti uživatelů, tak i ke spokojenosti jejich rodinných příslušníků, přátel a známých, jelikož se v průběhu pěti let hodnocení pohybovalo na přibližně stejné úrovni.

Pro Domov je to tedy pozitivní ukazatel, neboť zařízení sociálních služeb nahrazují domácí péči a zázemí, bez které by se uživatel neobešel. Spokojenost příbuzných, ač se to někdy jeví až jako druhořadá záležitost, je v podstatě na stejné úrovni jako zajistit spokojenost

s kvalitou pro samotné uživatele. Příbuzní, kteří se nemohou o osoby s postižením starat v domácím prostředí, vyhledávají takovou službu, která jim bude vyhovovat a bude splňovat jejich požadavky. Službu, která ač nikdy ne úplně, nahradí domácí prostředí a zabezpečí adekvátní přístup vždy s individuálním přihlédnutím k rozsahu postižení a bude se snažit poskytnout takovou péči, která povede k plnohodnotnému životu. Pokud by tedy neexistovalo kvalitní zařízení, i kvalita života uživatelů by byla rapidně nízká.

## ZÁVĚR

Sociální služby obecně a kvalita poskytovaných sociálních služeb je problematika stále více diskutovatelná. I s příchodem standardů kvality sociálních služeb a určitým systémem kontroly této kvality se neustále vyskytují zařízení a služby, které neposkytují adekvátní péči vzhledem k nastaveným cílům a posláním, které vyplývají ze zákona o sociálních službách.

Spokojenost s kvalitou poskytované sociální služby je jedním ze zásadních předpokladů pro dobře fungující, úspěšné a prezentující se zařízení. V zájmu zařízení je pak sledovat a zohledňovat spokojenost s kvalitou služby nejen z pohledu pracovníků a uživatelů, ale i rodinných příslušníků, přátel, opatrovníků a celé široké veřejnosti. Pokud by zařízení sledovalo spokojenost pouze interně, uvnitř zařízení, mohlo by dojít ke ztrátám podstatných informací. Pohled na službu z vnějška je zásadním ukazatelem, vzhledem také k neustálé snaze integrovat uživatele pobytových sociálních služeb do přirozeného prostředí. Negativní hodnocení služby by v tomto kroku nijak zvlášť nepomohlo, ba naopak spíše uškodilo danému zařízení.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se vyvíjela kvalita vybrané sociální služby a zda došlo v průběhu let 2009 – 2013 ke zvýšení její kvality a zda jsou s kvalitou služby opatrovníci, rodinní příslušníci, přátelé a známá uživatelů sociální služby spokojenější. Konkrétně jsme se pak zaměřili na systém předávání a dostatečné množství poskytování informací o sociální službě, na zdravotní a ošetrovatelskou péči, nabídku volnočasových aktivit v zařízení a na nabídku kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů. Analýzou dotazníků z období 2009 – 2013 jsme chtěli odhalit případné nedostatky v poskytované službě a doporučit možnosti k jejich nápravě či úplnému odstranění.

Je důležité si uvědomit, že výzkum byl uskutečněn pro vybrané zařízení a nelze tedy zobecňovat výsledky, čímž je tato práce limitovaná. Přínos výzkumu však spočívá především v tom, aby výsledky poskytly zpětnou vazbu vybranému zařízení, vedení Domova a pracovníkům, dále i samotným respondentům, tedy v našem případě rodinným příslušníkům, příbuzným a přátelům uživatelů. V budoucnu může sloužit jako možnost srovnání s novými získanými informacemi při dalším hodnocení. Díky práci jsme si uvědomili, že oblast kvality je velmi složitá a je tedy vhodné se touto problematikou dále zabývat.

Dle získaných výsledků lze stanovit, že cíle výzkumného šetření byly splněny a můžeme vyvodit doporučení pro praxi. Evaluace nám poskytuje ucelený obraz o současném stavu poskytované sociální služby a proto i nadále doporučujeme vyhodnocovat dotazníky pro rodinné příslušníky, příbuzné a známé uživatelů. Mimo již nastavené způsoby hodnocení kvality zkoušet najít i jinou metodu nebo způsob získávání informací o spokojenosti s kvalitou služby ze strany veřejnosti. Dále bychom doporučovali uskutečnit podobná hodnocení i v jiných zařízeních sociálních služeb. Závěrečným stanoviskem a doporučením je nadále realizovat obdobná hodnocení za účelem aktualizace dat a předejít tak možnému zhoršení poskytované sociální služby.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BARTOŇOVÁ, M., B. BAZALOVÁ a J. PIPEKOVÁ. *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
- [2] ČÁMKSY, P., J. SEMBDNER a D. KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [3] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, Částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244.
- [4] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Přeložil Vladimír Jůn. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- [5] HORECKÝ, Jiří a Andrea TAJANOVSKÁ, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [6] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-2747-1369-4.
- [7] KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2010. ISBN 80-7254-662-7.
- [8] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Vyd. 3. Olomouc: Anag, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.
- [9] KRONIKA. Sociální služby Uherské Hradiště, p. o. Archiv.
- [10] KRUTILOVÁ, D., P. ČÁMSKÝ a J. SEMBDNER. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2008. ISBN 978-80-254-3427-7.
- [11] LUDVÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: UPV Olomouc, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- [12] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [14] MICHALÍK, Jan. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. ISBN 80-903640-9-8.
- [15] MICHALÍK, J., J. JESENSKÁ a J. VENCL. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: IER, 2007. ISBN 80-903657-2-8.



- [16] MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách*. Konzultační dokument. Praha, 2003.
- [17] MPSV. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-23-3.
- [18] MPSV. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Vyd. 2. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-66-7.
- [19] MÜLLER, Oldřich a Milan VALENTA. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
- [20] NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [21] NOVOTNÁ, Marie a Marta KREMLIČKOVÁ. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha: SPN, 2007. ISBN 80-85937-60-3.
- [22] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- [23] PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-964-4.
- [24] PRŮCHA, Jan. *Pedagogická evaluace. Hodnocení vzdělávacích programů, procesů a výsledků*. Brno: Masarykova univerzita, 1996. ISBN 80-210-1333-8.
- [25] RAŠTICOVÁ, B., M. POJSL a J. ČOUPEK. *Velehrad dějiny obce*. Obec Velehrad, 2006. ISBN 80-239-7490-4.
- [26] RENOTIEROVÁ, Marie a Libuše LUDVÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- [27] SCHINDLEROVÁ, Olga. *Na ruce si nevidím*. Praha: Okamžik, 2007. ISBN 80-86932-10-9.
- [28] SLOWIK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [29] ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [30] TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

- [31] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portal, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [32] VANČOVÁ, Alica. *Edukacia viacnasobne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2001. ISBN 80-967-108-7-X.
- [33] VAŠŤÁKOVÁ, Jana. *Úvod do autoevaluace školy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1422-8.
- [34] VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Vyd. 2. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Aj. A jiná/é/ý.

Č. Číslo.

ČR Česká republika

MR Mentální retardace.

Např. Například.

Sb. Sbírkky.

Tj. To je.

Tzn. To znamená.

WHO World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf č. 1 <i>Návratnost dotazníků</i>	54
Graf č. 2 <i>Znázornění kontingenční tabulky č. 6 v %</i>	62
Graf č. 3 <i>Znázornění kontingenční tabulky č. 9 v %</i>	65
Graf č. 47 <i>Znázornění kontingenční tabulky č. 12 v %</i>	68
Graf č. 58 <i>Znázornění kontingenční tabulky č. 15 v %</i>	71
Graf č. 6 <i>Shrnutí odpovědí v jednotlivých oblastech v letech 2009 – 2013</i>	76

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 <i>Výše příspěvku na péči</i> .....	19
Tabulka č. 2 <i>Klasifikace MR</i> .....	27
Tabulka č. 3 <i>Návratnost dotazníků v průběhu let 2009 - 2013</i> .....	54
Tabulka č. 4 <i>Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát</i> .....	58
Tabulka č. 5 <i>Kontingenční tabulka k otázce č. 1</i> .....	61
Tabulka č. 6 <i>Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 1</i> .....	61
Tabulka č. 7 <i>Test chí-kvadrát pro otázku č. 1</i> .....	63
Tabulka č. 8 <i>Kontingenční tabulka k otázce č. 2</i> .....	64
Tabulka č. 9 <i>Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 2</i> .....	64
Tabulka č. 10 <i>Test chí-kvadrát pro otázku č. 2</i> .....	66
Tabulka č. 11 <i>Kontingenční tabulka k otázce č. 3</i> .....	67
Tabulka č. 12 <i>Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 3</i> .....	67
Tabulka č. 13 <i>Test chí-kvadrát pro otázku č. 3</i> .....	69
Tabulka č. 14 <i>Kontingenční tabulka k otázce č. 4</i> .....	70
Tabulka č. 15 <i>Kontingenční tabulka seskupených dat k otázce č. 4</i> .....	70
Tabulka č. 16 <i>Test chí-kvadrát pro otázku č. 4</i> .....	72
Tabulka č. 17 <i>Shrnutí odpovědí v jednotlivých oblastech v letech 2009 - 2013</i> .....	75

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha PI - Dotazník pro rodinné příslušníky, přátele a známé uživatelů sociální služby platný pro rok 2009 – 2013.

Příloha PII - Dotazník pro rodinné příslušníky, přátele a známé uživatelů sociální služby platný od roku 2013.

## PŘÍLOHA P I:

**Sociální služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace**  
**Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad-Buchlovská**  
PSČ: 687 06 Velehrad, Buchlovská 301  
Tel.: 572 433 071, FAX: 572 433 073, e-mail: kopretina@ouss-uh.cz

---

Kopretina



Dotazník pro uživatele sociální služby, jejich rodinné příslušníky, přátele a známé

Vážené dámy, vážení pánové,

vzhledem k tomu, že se jako kolektiv pracovníků snažíme poskytovat co nejkvalitnější pobytovou sociální službu, rozhodli jsme se zjistit také Vaše názory, podněty a připomínky k naší práci. Předkládaný dotazník je anonymní a všechna Vaše sdělení pro nás budou cenným zdrojem informací a podkladem při dalším směřování naší služby.

Vyplněný dotazník pošlete prosím poštou na adresu zařízení nebo vložte do schránky připomínek a podnětů ve vstupní hale domova.

Předem Vám děkujeme za vyplnění a vrácení dotazníku

kolektiv pracovníků DZP Velehrad-Buchlovská

---

U každé otázky zakřížkujte zvolenou odpověď nebo vypište slovní hodnocení.

1. Je podle Vašeho názoru Domov pro osoby se zdravotním postižením umístěn v obci Velehrad na vhodném místě (zohledněte časovou a místní dostupnost – vzdálenost od centra, zastávky autobusu, dostupnost obchodů a úřadů pro klienty apod.)?

- rozhodně ano  
 spíše ano  
 spíše ne  
 rozhodně ne

2. Vyhovuje podle Vás architektonické řešení areálu domova potřebám jeho obyvatel (bezbariérovost, hygienické zázemí, pavilonové členění)?

- rozhodně ano  
 spíše ano  
 spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky

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

3. Jsou podle Vás prostory jednotlivých komunit a pokoje obyvatel vybaveny potřebným nábytkem, bytovými doplňky a zařízením?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím, co konkrétně by se mělo změnit

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

4. Máte zkušenost, že ve všech prostorách zařízení je udržována čistota a pořádek?

- rozhodně ano
- jak kdy
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky

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

5. Máte dostatek potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování?

- rozhodně ano (přejděte na otázku č. 7)
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

6. Uveďte prosím, které informace Vám především scházejí (můžete zakřížkovat i více možností)?

Informace o:

- bydlení a stravování uživatelů sociální služby
- zajištění zdravotní a přímé obslužné péče
- organizaci a průběhu volnočasových aktivit uvnitř zařízení
- pořádaných kulturních, sportovních a pobytových akcích
- úhradách za pobyt
- výkonu opatrovnictví
- fakultativních činnostech
- jiné, uveďte jaké

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



7. Jaká forma předávání informací o službě by Vám nejlépe vyhovovala?

- pravidelné besedy s pracovníky zařízení
- konzultační beseda v rámci dne otevřených dveří
- pravidelné zasílání e-mailů s novinkami
- individuální osobní poradenství
- jiné, uveďte jaké

.....

.....

.....

8. Jste spokojeni s kvalitou zdravotní péče v zařízení?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky

.....

.....

.....

9. Jste spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v zařízení?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky

.....

.....

.....

10. Jste spokojeni s nabídkou kulturních, sportovních a společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu kalendářního roku, které uživatelům nabízíme?

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní podněty

.....

.....

.....

**11.** Máte nějaké zajímavé podněty, které by mohly zlepšit kvalitu naší služby? Napište nám je prosím:

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

**12.** Pokuste se ve stupnici 1 - 5 (1 - nejlepší hodnocení, 5 - nejhorší hodnocení) ohodnotit nabízenou sociální pobytovou službu.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

**13.** V případě hodnocení stupněm 3,4 nebo 5 nám prosím napište Vaše připomínky k námi poskytované službě

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

**14.** Osoba, která dotazník vyplnila, je:

- obyvatelkou/obyvatelem domova
- rodinným příslušníkem obyvatele domova
- známým některého z obyvatelů domova

## PŘÍLOHA P II:



Sociální služby Uherské Hradiště, příspěvková organizace  
Dům pro osoby se zdravotním postižením, Buchlovská 301,  
687 06 Velehrad  
Tel.: 572 433 071, Fax: 572 433 073, e-mail: [kopretina@ouss-uh.cz](mailto:kopretina@ouss-uh.cz)

---

### Dotazník pro rodinné příslušníky, přátele a známé uživatelů sociální služby

Vážené dámy, vážení pánové,

vzhledem k tomu, že se jako kolektiv pracovníků snažíme poskytovat co nejkvalitnější pobytovou sociální službu, rozhodli jsme se zjistit také Vaše názory, podněty a připomínky k naší práci. Předkládaný dotazník je anonymní a všechna Vaše sdělení pro nás budou cenným zdrojem informací a podkladem při dalším směřování naší služby.

**Vyplněný dotazník pošlete prosím poštou na adresu zařízení nebo vložte do schránky připomínek a podnětů ve vstupní hale domova.**

Předem Vám děkujeme za vyplnění a vrácení dotazníku

kolektiv pracovníků DZP Velehrad-Buchlovská

---

**1. Jsou podle Vás prostory jednotlivých komunit (WC, koupelny, jídelny atd.) a pokoje obyvatel, vybaveny potřebným nábytkem, bytovými doplňky a zařízením?**

- *rozhodně ano*
- *spíše ano*
- *spíše ne, uveďte prosím, co konkrétně by se mělo změnit*

.....

.....

.....

**2. Máte zkušenost, že ve všech prostorách zařízení (společné prostory, pokoje, atd.) je udržována čistota a pořádek?**

- *rozhodně ano*
- *jak kdy*
- *spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky*

.....

.....

.....

**3. Jste spokojeni s úrovní vyřizování úředních záležitostí v rámci komunikace se sociálními pracovníky?**

- *rozhodně ano*
- *spíše ano*
- *spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky*

.....

.....

.....

**4. Máte dostatek potřebných informací o sociální službě a průběhu jejího poskytování?**

- *rozhodně ano (přejděte na otázku č. 6)*
- *spíše ano*
- *spíše ne*
- *rozhodně ne*

**5. Uveďte prosím, které informace Vám především scházejí**

.....

.....

.....

.....

**6. Jaká forma předávání informací o službě by Vám nejlépe vyhovovala?**

.....

.....

.....

.....

**7. Jste spokojeni s kvalitou ošetrovatelské, zdravotní péče (obecně, rehabilitace, fyzioterapie) v zařízení?**

- *rozhodně ano*
- *spíše ano*
- *spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky*

.....

.....

.....

**8. Víte, kdo je klíčovým pracovníkem vašeho příbuzného (tzn. kdo s ním vyřizuje důležité věci, zajišťuje mu jeho práva, plánuje mu činnosti apod.?)**

- *ano*
- *ne*

**9. Jste spokojeni s nabídkou volnočasových aktivit v zařízení?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní připomínky, popřípadě navrhněte jaké bychom mohli doplnit

.....

.....

.....

**10. Jste spokojeni s nabídkou kulturních, sportovních, společenských akcí, výletů a pobytových zájezdů v průběhu kalendářního roku, které uživatelům nabízíme?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne, uveďte prosím konkrétní podněty

.....

.....

.....

**11. Co očekáváte od našich služeb? Proč bychom tu měli pro vašeho příbuzného být a jaké služby podle vás potřebuje nejvíce?**

.....

.....

.....

**12. Máte nějaké zajímavé podněty, které by mohly zlepšit kvalitu naší služby?**

Napište nám je prosím:

.....

.....

.....

**13. Víte, že u nás mají uživatelé právo např. na to:**

- |                                                                                         |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| • Mít u sebe vlastní osobní věci                                                        | ano-ne |
| • Mít možnost uzamčení si skříně s osobními věcmi a volně disponovat s klíčem od skříně | ano-ne |
| • Hospodařit se svými finančními prostředky                                             | ano-ne |
| • Přijímat návštěvy kterýkoliv den je to možné                                          | ano-ne |
| • Stěžovat si pokud se jim něco nelíbí                                                  | ano-ne |
| • Mít svůj osobní plán                                                                  | ano-ne |
| • Odmítnout stravu, pokud jim nechutná                                                  | ano-ne |
| • Volně se pohybovat po areálu DZP                                                      | ano-ne |
| • Volně se pohybovat mimo areál DZP                                                     | ano-ne |
| • Sledovat TV a vybírat si televizní program                                            | ano-ne |
| • Být důstojně oslovován                                                                | ano-ne |
| • Nebýt zneužíván k práci, kterou mají vykonávat zaměstnanci                            | ano-ne |

**14. Setkal (a) jste se někdy s porušováním některého z těchto práv?**

- Ano
- Ne
- Pokud ano – kterého (můžete stručně popsat konkrétní situaci)?

.....

.....

.....

.....

**15. Zaznamenal (a) jste u vašeho příbuzného, nějaké konkrétní stížnosti na naše služby (něco se mu nelíbilo, něco nedělá rád nebo nemá rád apod.)?**

- Ano
- Ne
- Pokud ano - co to bylo?

.....

.....

.....

.....

**16. Nelíbilo se něco konkrétně vám samotným?**

- Ano
- Ne
- Pokud ano - co to bylo?

.....

.....

.....

.....

**17. V případě stížností víte na koho se obrátit a jak postupovat?**

- rozhodně ano
- spíše ano
- spíše ne
- rozhodně ne

**18. Pokuste se ve stupnici 1 - 5 (1 - nejlepší hodnocení, 5 - nejhorší hodnocení) ohodnotit nabízenou sociální pobytovou službu.**

1                      2                      3                      4                      5

**19. V případě hodnocení stupněm 3,4 nebo 5 nám prosím napište Vaše připomínky k naší poskytované službě**

.....

.....

.....

.....

**20. Osoba, která dotazník vyplnila, je:**

- *rodinným příslušníkem obyvatele domova*
- *známým některého z obyvatelů domova*
- *opatrovníkem některého z obyvatelů domova*

**21. Jak často svého blízkého v domově navštěvujete?**

.....

.....

.....