

# Kvalita sociální péče o osoby s mentálním postižením a její aplikace v praxi

Jaroslava Svobodová

---

Bakalářská práce  
2014-03-10



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

  
INSTITUT  
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava SVOBODOVÁ**  
Osobní číslo: **H118298**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita sociální péče o osoby s mentálním postižením a její aplikace v praxi**

## Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS Metodika psaní odborného textu a výzkumu v sociálních vědách (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, které jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společensko-vědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- vymezení pojmu mentální postižení
- postoje společnosti k mentálně postiženým a integrace mentálně postižených osob do běžného života
- práva osob s mentálním postižením
- Zákon o sociálních službách a standardy kvality poskytování sociálních služeb
- možnosti péče o osoby s mentálním postižením a využití sociální pedagogiky v této oblasti

Součástí práce bude realizovaný kvalitativní výzkum zaměřený na uvádění standardů kvality sociálních služeb o jedince s mentálním postižením do praxe.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. Světy postižených. Praha: Avicenum, 1988**

**ČADILOVÁ, Věra. JŮN, Hynek. THOROVÁ, Kateřina. a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, 2007. s. 26. ISBN 978-80-7367-319-2.**

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

**MÜHLPACHR, P. Sociální práce jako životní pomoc. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r. o., 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4**

**MÜHLPACHR, P. Vývoj ústavní péče. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2512-3VAĐUROVÁ, H.,**

**Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně bude doplňována během práce na tomto textu.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

**11. listopadu 2013**


Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013

  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
*vedoucí ústavu*



  
doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

# 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 prezenčnímu 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.

JAROSLAVA SVOBODOVA

Jméno, příjmení studenta

V Brně

14.2.2014

Svobodova

Podpis

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

## **ABSTRAKT**

Abstrakt česky

Bakalářská práce se zabývá problematikou sociální péče a sociálních služeb pro mentálně postižené. Přibližuje Zákon o sociálních službách, který ukládá v péči o mentálně postižené postupovat podle Standardů kvality sociální péče a jejich aplikací do praxe. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována problematice mentálního postižení, postojům společnosti k mentálně postiženým a možnostem rodinné a profesionální péče o mentálně postižené jedince. Objasňuje práva osob s mentálním postižením, Zákon o sociálních službách a Standardy kvality sociální péče. Výzkum je zaměřený na zjištění, jak ve skutečnosti probíhá aplikace těchto standardů do praxe a jak je jejich dodržování kontrolováno v konkrétním zařízení pro mentálně postižené osoby.

Klíčová slova:

Standardy kvality sociální péče, mentální postižení, kvalita života, sociální služby, socializace

## **ABSTRACT**

Abstrakt ve světovém jazyce

The bachelor thesis deals with the issue of Social Care and Social Services for the mentally handicapped people. It explains the Social Services Act, which obliges to proceed according to the standards of social care of the mentally handicapped and its application in practice. The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part is devoted to the issue of mental disability, attitudes of society towards mentally handicapped and possibilities of family and professional care for mentally disabled people. It clarifies the rights of people with mental disabilities, the Social Services Act and the Standards of Social Care quality.

The research aims to find out how in fact the use of these standards in practice takes place and how adherence to these standards is checked in particular explored facility.

Key words:

standards of social care quality, mental disability, quality of life, social services, socialization

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Geraldině Palovčikové, CSc., za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi při konzultacích ochotně poskytovala, ale také všem pracovníkům zařízení pro mentálně postižené, u nichž jsem prováděla výzkum.

Motto:

I člověk s nejtěžším postižením může žít důstojný a plnohodnotný život – jen k tomu potřebuje pomoc jiných.

(Klub Plamínek -Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR o. s.  
Litoměřice)

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



## **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 POJEM MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 CO JE TO MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	12
1.2 KVALITA ŽIVOTA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO ČLOVĚKA.....	16
<b>2 POSTOJE SPOLEČNOSTI K MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM .....</b>	<b>18</b>
2.1 RODINNÁ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉHO ČLENA RODINY .....	20
2.2 PROFESIONÁLNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OBČANY.....	21
<b>3 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>24</b>
3.1 LIDSKÁ PRÁVA A PRÁVA MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB V MEZINÁRODNÍCH DOKUMENTECH .....	25
3.2 PRÁVO NA SOCIALIZACI - ZAČLEŇOVÁNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA.....	28
<b>4 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A STANDARDY KVALITY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....</b>	<b>30</b>
4.1 SYSTÉM A ÚROVEŇ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V EVROPSKÉM KONTEXTU A V ČR.....	33
4.2 ZPŮSOB ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>39</b>
5.1 MÍSTO ŠETŘENÍ.....	39
5.2 CHARAKTERISTIKA POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY A POPIS RESPONDENTŮ .....	42
5.3 ANALÝZA ROZHOVORŮ .....	43
5.4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ .....	50
5.5 ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	51
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>63</b>



## ÚVOD

Problematika sociální péče a sociálních služeb se může dotýkat života každého z nás. Již řadu let je v naší zemi výrazně patrné úsilí o zavedení systému kvality v této oblasti, který by byl garantovaný státem. Za tímto účelem byl vytvořený promyšlený a účinný nástroj pro zavádění kvality - standardy kvality sociálních služeb. Vycházejí ze základních morálních hodnot, které oceňují respekt k lidské svébytnosti. Konkrétní témata standardů sledují kvalitu života každého, kdo využívá sociální služby. Orientují se na individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí a zaměřují se na obhajobu a prosazování jeho práv.

Zdánlivá samozřejmost v naplňování práva člověka, který využívá sociální služby žít život ve své rodině, ve společenství své obce, stejně jako člověk, který sociální služby nevyžívá, znamená radikální změnu v myšlení celé společnosti. Vlivem dřívější zavedené praxe se stále setkáváme s vyčleňováním lidí, kteří nám „překážejí“, kteří nestačí tempu života dnešní doby, a kteří nás tak konfrontují s naší orientací na úspěch a výkon.

Koncepce standardů kvality sociálních služeb je výstupem procesu plánování sociálních služeb, vyjadřuje postoj a deklaruje politickou vůli podporovat rozvoj sociálních služeb založených na rovných příležitostech pro všechny občany. Podstatná část této koncepce se zaměřuje na individuální očekávání a potřeby člověka, a to z důvodu, aby bylo zřetelné, čím je myšlena kvalita v sociálních službách. Tedy nikoli rozšiřováním a posilováním institucionálního systému v jakékoli formě, nýbrž dobrou praxí založenou na rozvoji a přechodu do plnohodnotného života v přirozeném společenství s možností využívání běžných zdrojů sloužících všem bez rozdílu.

Cílem mé bakalářské práce je objasnit obsah a přínos Zákonu o sociálních službách, který ukládá v péči o mentálně postižené postupovat podle Standardů kvality sociální péče a popsat, jak ve skutečnosti probíhá jejich aplikace do praxe.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část má čtyři kapitoly. V úvodní kapitole práce bych se chtěla zaměřit na přiblížení problematiky mentálního postižení, jeho kategorizace a život mentálně postiženého člověka. Druhá kapitola se zabývá postoji společnosti k mentálně postiženým a možnostmi rodinné a profesionální péče o mentálně postižené jedince. Třetí kapitola objasňuje práva osob s mentálním postižením, lidská práva v mezinárodních dokumentech, práva na začleňování do běžného života a poslední kapitola přibližuje a objasňuje Zákon o sociálních službách a Standardy

kvality sociální péče. V této kapitole se ještě zmiňuji o úrovni a dostupnosti sociálních služeb a způsobu zajištění jejich kvality.

Cílem praktické části bakalářské práce je zjištění, jak jsou Standardy kvality sociálních služeb uváděny do praxe, jak tyto standardy napomáhají ke zkvalitnění péče o mentálně postižené a jak probíhá kontrola dodržování těchto standardů v konkrétním zařízení, kde byl výzkum realizovaný kvalitativní metodou, formou strukturovaného rozhovoru se zaměstnanci organizace.

## I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POJEM MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Vymezení pojmu mentální postižení se dá považovat za jeden ze základních pilířů pro veškerou práci s lidmi s mentálním postižením. Má velký význam jak teoretický (spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu), tak praktický, neboť terminologická přesnost usnadňuje rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu odborné speciálně-pedagogické péče.

V odborné literatuře se často vedle pojmu mentální retardace také používá pojem mentální postižení. (Lečbych, 2008). Někteří odborníci vnímají uvedené dva termíny jako synonyma.(Černá, 1993), někteří v nich naopak vidí rozdíl související s rozsahem obou pojmů. (Valenta, Müller, 2007, Vašek, 1994). Z uvedeného tedy vyplývá, že mentální postižení má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě. (Kozáková, 2005).

K mentální retardaci vede celá řada příčin, které se mohou navzájem kombinovat. Může jít o příčiny endogenní, což jsou vnitřní nebo exogenní, které jsou vnější. K endogenním příčinám se řadí genetika, tedy dědičnost. Exogenní vlivy působí na jedince již od početí, celé těhotenství, při porodu i v raném věku. Nejčastějšími příčinami mentální retardace jsou podle Lečbycha (2008) následky po infekcích (například zarděnky během porodu) a intoxikacích, používání alkoholu, mohou to být také následky úrazů nebo fyzikálních jevů.

Podle Švarcové (2006) k tomu vedou také nemoci a stavy působené jinými nespecifickými vlivy, různé anomálie typické pro Downův syndrom, nezralost nebo vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, kdy je intelekt snížen díky nepříznivým sociokulturním podmínkám. Mohou to být úrazy dítěte během porodu a plno dalších příčin, je velké množství vlivů, které nepříznivě působí na jedince a vedou tak ke vzniku mentální retardace.

### 1.1 Co je to mentální postižení

Jako osoby s mentálním postižením jsou označováni lidé s lehkou mentální retardací, z nichž mnozí dokončí školu, vyučí se učebnímu oboru, dobře se uplatní v zaměstnání a často si založí i vlastní rodinu. Na druhé straně tohoto spektra jsou lidé s těžkým a hlubokým postižením, kteří jsou prakticky ve všech svých potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nejsou schopni se sami najíst, bývají inkontinentní, nejsou schopni samostatného

pohybu ani komunikace s okolím. Mezi těmito dvěma krajními skupinami leží celá řada variant, v nichž každý jednotlivý člověk je v něčem odlišný. Přesto se často o „mentálně retardovaných“ či „mentálně postižených“ mluví skoro jako o samostatném biologickém druhu, jehož jedinci se takřka neliší. Toto pojetí přináší mnoho nesnází v dorozumívání i ve formulaci skutečných práv lidí s postižením. Lidé s lehkou mentální retardací by měli mít nezpochybnitelné právo na samostatný život, jsou-li samostatného života schopni, a lidé s hlubokým postižením by měli mít stejně nezadatelné právo na všestrannou ochranu a pomoc, pokud je vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují. (Švarcová, 2006)

Podle Švarcové (2006) se mentální retardace dělí na lehkou (IQ 50-69), středně těžkou (IQ 35-49), těžkou (IQ 20-34) a hlubokou (IQ 0-19).

**1. Lehká mentální retardace (IQ=50-69)** takto postižení jedinci dovedou v lepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku. Nejsou schopni uvažovat abstraktně, i v jejich verbálním projevu užívají jen konkrétních označení. Jsou schopni se učit, zvládnou výuku ve zvláštní, resp. pomocné škole. Lehce mentálně retardovaní si osvojují mluvu opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, ovládání močového měchýře a střev) a v praktických a domácích dovednostech. Mnozí mají problémy se čtením a psaním. Mírně retardovaným však může velmi pomoci výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovednosti a kompenzování nedostatků. Většinu jedinců lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně manuální práce. Důsledky retardace se však projeví, když je postižený emočně a sociálně nezralý, např. není schopen vyrovnat se s požadavky manželství a výchovy dětí, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím a očekáváním.

**2. Středně těžká mentální retardace (IQ=35-49)** dříve označována dalším stigmatizujícím pojmem – „imbecilita“. Uvažování těchto postižených lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte. Verbální projev bývá chudý a špatně artikulovaný. Dokáží se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti. U těchto jedinců se pomalu rozvíjí chápání a užívání řeči a schopnosti v této oblasti jsou omezené. Někteří jedinci potřebují dohled po celý život. Také pokroky ve vzdělání jsou omezené, ale někteří si osvojí základy čtení, psaní a počítání. Vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým rozvíjet základní dovednosti a jsou vhodné pro pomalé žáky s omezenou výkonností. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pouze

v případě, že jsou úkoly pečlivě strukturovány a pokud je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí jsou schopni domluvit se jen o svých základních potřebách a někteří se nenaučí mluvit nikdy. Asi 10% lidí s mentální retardací se pohybuje v tomto pásmu.

**3. Těžká mentální retardace** (IQ=20-34) v této skupině jsou asi 3-4% lidí s mentálním postižením. Zvládají jen některé základní dovednosti sebeobsluhy a jen některé komunikační dovednosti. Lépe rozumí, než sdělují. U této kategorie mentální retardace je výraznější snížená úroveň schopností. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými defekty, které prokazují přítomnost poškození či chybného vývoje ústředního nervového systému.

**4. Hluboká mentální retardace** (IQ je pod 20) tato úroveň byla kdysi označována jako idiocie. V této skupině jsou asi 1-2% lidí, jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím a vyhovět jim. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Jedinci jsou při nejlepším schopni pouze neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc i dohled. Jedinec se může při vhodném vedení podílet na nepatrném množství domácích a praktických úkonech. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, jako např. epilepsie a poškození zraku nebo sluchu. Mentálně postižení lidé potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, jehož výsledky jsou pro život takového jedince velmi užitečné. S vhodnou formou podpory jsou však také schopni rozvinout určité základní dovednosti péče o sebe a komunikaci. (Švarcová, 2006)

Lidé s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Počet mentálně retardovaných osob stoupá. Absolutní počet mentálně postižených v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3% našich občanů. Těžce mentálně postižených je asi 0,1% v populaci. Nejvíce mentálně retardovaných se vykazuje ve školním věku, který umožňuje srovnávání rozumových schopností mezi jednotlivými žáky. V adolescenci a ve věku dospělosti už dochází ke splývání osob s lehčí mentální retardací s ostatní populací. Ti mentálně opoždění, kteří se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, obvykle už za mentálně postižené považováni nebývají. (Bulletin Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky, 5/2013.)

Je ovšem potřeba zdůraznit, že neexistuje „typický“ člověk s mentální retardací, stejně jako neexistuje „typický“ člověk neretardovaný. Někdo se nenaučí některé aspekty komunikace, jiný má potíže se sebeobsluhou a někdo dokonce zvládne základní školu a někdo úspěšně podniká. Neexistují specifické osobnostní ani behaviorální rysy, které se pojí s mentální retardací. Při posuzování typu a hloubky problému daného člověka je nezbytné vždy vycházet z pečlivého prozkoumání jeho konkrétního případu. (Blažek, Olmrová, 1988)

Diagnóza mentální retardace je tedy stanovena, když člověk vykazuje významně podprůměrnou úroveň intelektových funkcí, tj. IQ = 69 a méně a současně se u něj projevují deficity či poruchy schopnosti přizpůsobit se svému prostředí, tj. deficity adaptivního chování a tyto symptomy se u něj projeví před 18. rokem věku. (Švarcová, 2006)

Inteligenci nelze jednoznačně a jednoduše charakterizovat. Je tvořena různými schopnostmi, které se nerozvíjí všechny souměrně, ale mohou být mezi nimi obrovské rozdíly. Obsahuje schopnost logicky uvažovat, plánovat, řešit problémy, učit se rychle, učit se ze zkušeností. Na celkovou úroveň inteligence usuzujeme na základě prozkoumání řady různých více či méně specifických schopností a dovedností. Proto při rozhodování, do které skupiny by se měla osoba zařadit, musíme být opatrní a nedělat závěry a dlouhodobé předpovědi jenom na základě inteligenčních testů samotných, zvláště ne u lidí v horních pásmech retardace. Samozřejmým předpokladem je, že by vyšetřující psycholog, měl mít kvalitní výcvik v práci s potřebnou metodikou a zkušenosti s danou kategorií klientů. Měl by umět vytvořit optimální prostředí, test administrovat individuálně, vzít do úvahy znevýhodnění komunikací, psychosociální faktory apod.

Mentální retardace není nemoc ale stav, který je důsledkem toho, že se duševní vývoj jedince zastavil, zaostává či je neúplný. Biomedicínský model ji definuje jako důsledek poškození mozku v rané ontogenezi. K tomuto stavu mohlo dojít v důsledku různých biologických či psychosociálních příčin, tedy např. i následkem onemocnění jako encefalitida apod. Ale nemůžeme onemocnět mentální retardací. Naopak člověk s mentální retardací může onemocnět stejnými tělesnými i duševními nemocemi jako člověk bez mentální retardace. Mezi časté problémy patří mozková obrna, epilepsie, smyslové poruchy, aj. Mohou mít vývojové poruchy jako autismus anebo celé spektrum dalších psychických nemocí. Výsledky výzkumů ukazují, že riziko onemocnění psychickou poruchou je u lidí s mentální retardací 3-4x vyšší než u populace bez retardace. (Blažek, Olmrová, 1988)



Nemoc je proces a má svůj průběh, který je přechodný. Nemoci předchází období zdraví, může se léčit, zlepšit, může skončit úplným uzdravením či s následky, nemoc se může opakovat.

Mentální retardace je stav, který není přechodný, ale provází člověka po celý život. Člověk s mentální retardací není nemocný, není pacient, pokud nemá jiné nemoci. Mentální retardaci nemůžeme léčit tak, jako se léčí nemoci. Neexistuje tedy lék ani terapie, která by mentální retardaci vyléčila a došlo by k "uzdravení z mentální retardace". Medikace nemá vliv na intelektový vývoj, nelze ho urychlit léky. Tento stav pouze můžeme kompenzovat, částečně napravit tím, že systematicky podporujeme rozvoj schopností a dovedností adaptovat se na nároky společnosti, ve které žije. Člověk s mentální retardací má celoživotní vývojové potřeby. Cíle jsou tedy primárně vývojové, a to podpořit daného jedince tak, aby rozvinul své schopnosti do největší možné míry tak, aby se snížila jeho závislost a zvýšila kompetentnost. Lidé s mentální retardací potřebují snadno pochopitelné informace, edukaci, výcvik, aby mohli být začleněni do společnosti a žili co nejvíce nezávisle. Nepotřebují lékaře ale vývojové terapeutky, edukaci, příležitosti a podporu přizpůsobenou jejich potřebám. (Blažek, Olmrová, 1988)

## 1.2 Kvalita života mentálně postiženého člověka

Pojem „kvalita života“ lze posuzovat a hodnotit z různých hledisek. Neexistuje jednotná a neměnná definice, která by přesně vymezila, co kvalita života znamená. Každý autor ji definuje podle svého uvážení. V posledních letech se právě toto téma dostává do popředí a je velmi aktuální.

Hnilicová (in Payne, 2005, s. 207) uvádí, že *„situaci komplikuje i fakt, že se často setkáváme s pojmy jako sociální pohoda, sociální blahobyť a lidský rozvoj, které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny“*.

Jesenský (2003, s. 28) uvádí, že *„kvalita života osob se zdravotním postižením představuje úroveň naplnění potřeb a požadavků (i práv) člověka s postižením směřující ke spokojenosti, komfortu, k životní jistotě a pohodě při podmínkách vážného a trvalého poškození zdraví či organismu a jeho funkcí, tj. anatomických, neurofyziologických a psychosociálních struktur.“*

Problematika kvality života obyvatel naší země patří k nejdiskutovanějším otázkám společnosti. Na jednu stranu je zajímavé, že lidé s mentálním postižením představují mezi

zdravotně znevýhodněnými jednu z nejpočetnějších skupin, na druhou stranu o nich a především o jejich životě víme poměrně málo. Představy intaktní populace o lidech s mentálním postižením bývají velmi často doprovázeny nejasnostmi a mnohdy i zbytečnými obavami. Z mylných informací může později vzniknout až nepřátelský postoj společnosti právě k těmto lidem. Kvalitu života může chápat každý po svém. Někdo ji chápe například jako rozdíl mezi očekáváním a tím, co člověk ve skutečnosti ve svém životě dokáže, čeho dosáhne (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Ke konceptu kvality života retardovaného člověka můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. *„V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

Z uvedeného tedy vyplývá, že odborníci z různých oblastí pohlíží na pojem „kvalita života“ různě – z perspektivy svého oboru, ovlivnění účelem měření, který je rozdílný u sociologie, pedagogiky, lékařství a všech dalších vědních oborů. *„Z různých měření vyplývá, že čím větší je relativní zátěž vyvolaná nemocí nebo podmínkami, tím více intervencí je potřeba pro zmírnění nerovnosti mezi cílovou skupinou a ostatními skupinami. Výsledkem by tedy bylo vyšší zaměření zdravotních zdrojů a péče na osoby, jejichž fungování a celková pohoda jsou nejvážněji narušeny“* (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 86).

Lidé, kteří o osoby s mentálním postižením pečují, mají obvykle jiný pohled na jejich kvalitu života, než samotné osoby s tímto postižením. Podstatně méně pak vnímají vnitřní život, představy, touhy či přání těchto osob (Dvořáková, 2006).

## 2 POSTOJE SPOLEČNOSTI K MENTÁLNĚ POSTIŽENÝM

Lidé s mentální retardací byli po staletí předmětem různých mýtů a hrubého nepochopení. Předpokládalo se např., že nevnímají chlad, bolest a neprožívají běžné lidské emoce jako smutek či radost. Společnost v nich občas viděla trest boží za hříchy rodičů, jindy s chutí provokovala určité projevy "místních blbů" pro pobavení.

Dlouho přetrvávalo dojímání se nad "nevinností a čistotou těchto věčných dětí" a dělaly se na ně velkorysé sbírky starého oblečení a bot, které nikdo nenosí. Dlouho, i v odborných kruzích, přetrvávalo chápání mentální retardace jako duševní nemoci a na člověka s mentální retardací se pohlíželo jako na nemocného "blázna". Tyto devalvující a dehumanizující postoje negativně ovlivňovaly podporu, kterou společnost poskytovala těmto lidem, následkem čehož docházelo k drastickému snižování kvality života lidí s mentální retardací a k dalšímu prohlubování jejich hendikepů.

V posledních desetiletích dochází k obrovským změnám v chápání problematiky a postojích k lidem s mentální retardací.

Především se klade stále větší důraz na to, že lidé s mentální retardací jsou v první řadě lidé, se stejnými základními lidskými právy, potřebami a potenciálem pro jejich naplnění, jako lidé bez mentální retardace. To například znamená, že mají stejný rozsah běžných emocí, stejnou potřebu bezpečí, být respektován či realizovat se, stejné cíle, sny, naděje a aspirace jako zbytek populace. K tomu, aby mohli své potřeby uspokojit, a rozvinout svůj potenciál mohou potřebovat určitou podporu, která pomůže zmírnit omezení a znevýhodnění dané jejich stavem. Někteří ji potřebují pouze někdy, v období výraznějšího stresu či krize, jiní po celý život. Někdo pouze v jedné oblasti života, jiný ve všech. Všichni ale především potřebují dostat příležitosti k tomu, aby mohli získávat zkušenosti a mohli se z nich učit vést co nejvíce plný, aktivní a co nejvíce nezávislý život. A proto hlavní otázka, kterou si v současnosti kladou odborníci v této oblasti je, jak má vypadat optimální podpora konkrétního jedince s mentální retardací v jeho konkrétní životní situaci, abychom mu zajistili ty potřebné zkušenosti, které kvůli svým omezením a kvůli omezenému porozumění společnosti, nemůže získat "standardní cestou".

V souvislosti s výčtem různých typů postojů k postiženým v historii lidské společnosti je nutno si uvědomit ještě i to, že sociální tlak, který vede k přijímání určitých postojů členy společnosti, nepůsobí pouze na jedince zdravé, či neodlišující se, ale samozřejmě působí i na postižené. Ti jsou očekáváním okolí vedeni k akceptaci role, která je jim

přisouzena, jsou nuceni přijímat svou odlišnost a to způsobem, jak ji společnost chápe. Tím se paradoxně stávají ve společnosti tím přijatelnější, čím více svou odlišnost potvrzují. Zároveň však toto zařazení určuje chování společnosti k nim, působení je tedy vzájemné a je prakticky nemožné tento kruh očekávání a reakcí na ně přerušit. (Vágnerová a kolektiv, 2004).

Ve výčtu negativních postojů společnosti k postiženým můžeme rozeznat řadu předsudků či stereotypů, které v zastřené formě často působí dodnes. Přes výraznou historickou podmíněnost řady postojů i moderní civilizovaný člověk může podléhat magickému či mytologickému myšlení při setkání s neznámým a tedy potencionálně nebezpečným. Zvláště výrazně si to uvědomujeme u nás, kde postižení byli uměle oddělováni od společnosti a jen málokdo měl možnost se s nimi skutečně setkávat.

V průběhu dějin se ovšem postupně vytvářela i druhá linie vztahu k postiženým, zřetelněji vyjádřená ve středověku v podobě příkazu křesťanské lásky a z toho plynoucí péče o slabé a nemocné. Zvláště pak v posledních dvou stoletích se objevují skutečné pokusy o reálnou pomoc, i když bylo třeba nejdříve dokazovat, že postižení jedinci jsou vzdělatelní. V současné době tato linie pokračuje rozvojem speciálně pedagogické péče. I zde však musíme připomenout, že postižený je takto často chápán především jako objekt péče a soucitu, čili znovu je definován hlavně svým postižením, což z něj činí člověka určitým způsobem odlišného a potřeba zvláštní péče může zdůvodnit jeho oddělení od světa zdravých lidí (Vágnerová a kolektiv, 2004).

Postoje, a tedy i vztah k postiženým je obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektování individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejich jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem. Myslím si, že každý člověk bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami, že předsudky a stereotypní vnímání druhého je možné překonat působením na společnost a její členy především rozbitím bariér, které dělí postižené od ostatní společnosti a umožněním kontaktů a vzájemného poznání.

## 2.1 Rodinná péče o mentálně postiženého člena rodiny

Když se narodí mentálně postižené dítě, které je fyzicky v pořádku, ale jeho diagnóza je od počátku zřejmá, je pacientem v širším slova smyslu rodina a okruh lidí, na kterých je závislé. Tím, kdo je v té chvíli nejvíce ohrožen, není postižený, ale matka, ostatní nejbližší a rodina jako celek. Vstup každého postiženého člena do rodiny znamená, přestavbu: počínaje od toho nejnápadnějšího, od umístění postýlky, po neviditelné, o to však citelnější přesuny v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny a tím i v jejich časovém rozvrhu. To, co ze zdravého dítěte vychází samo, podněcováno každodenními přirozenými interakcemi s lidmi, zvířaty, rostlinami a věcmi z okolí, zůstává v mentálně hendikepovaném, jako zakleto. Každý vývojový krůček vpřed je plodem nekonečného úsilí. Srovnávání se zdravými dětmi stejného věku je pro rodiče s postupujícím věkem dítěte zdrojem narůstajícího utrpení, neboť vyznívá stále hůře. „Četné výzkumy rodin s postiženým dítětem přinášejí shodná zjištění: rodina je pod neustálým stresem. Oba rodiče zakoušejí – i po překonání vstupní krize – značnou úzkost a deprese, negativně bývají ovlivněny i manželské vztahy“ (Blažek, Olmrová, 1988, s. 19).

Příchod mentálně retardovaného sourozence do rodiny bývá otřesem nejenom pro rodiče, ale i pro sourozence. Sourozenci postižených dětí bývají často na svůj věk lépe přizpůsobení, zralejší a zodpovědnější. „Podle některých výzkumů bývají rovněž tolerantnější a více ochotní pomáhat druhým a v dospívání často posuzují nové přátele podle toho, jak reagují na jejich handicapovaného sourozence. V rodině člověk nabývá poznání a utvrzení vlastní identity. Rodina pomáhá člověku zvládat pocit viny, neklidu nebo bolesti, učí ho vyjadřovat lásku a radost, poskytuje mu pocit přináležení“ (Blažek, Olmrová, 1988, s. 37).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že největší tíhu v péči o mentálně postiženého člena nese rodina. Zde hraje zásadní roli fakt, že postižený žije v domácím prostředí, na které je zvyklý a bývá jeho jedinou jistotou a zázemím. Postižený člen zatěžuje rodinný rozpočet několika možnými způsoby: jednak zvyšuje nároky rodiny na spotřebu (léčebné a vyučovací pomůcky, dopravní nároky, potřebné specifické vybavení apod.) jednak odebírá část rodinné ekonomické kapacity (u nás např. nejčastěji tak, že jeden člen rodiny po řadu let nemůže vykonávat své povolání a pokud se k němu posléze vrátí, mívá nižší kvalifikaci). Často se však stává, že nejbližší nemohou pro velkou časovou i psychickou náročnost dostačující péči poskytovat, je nutné také počítat s tím, že moderní rodina

je stále méně ochotna pečovat o své hendikepované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. V takových případech se péče ujímají lékaři a ústavy sociální péče s týmem kvalifikovaných pracovníků, jejichž sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity a v neposlední řadě o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Tito sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám a skupinám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění a kromě toho pomáhají vytvářet příznivé společenské podmínky pro jejich uplatnění. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob jejich života. Každá společnost i náboženství tuto sociální činnost provádí, i když ji jako sociální práci neoznačuje. Solidarita s nemohoucími je projevem společenské praxe ve všech náboženských skupinách (Matoušek a kol., 2005).

## 2.2 Profesionální péče o mentálně postižené občany

Současná postmoderní společnost přináší celou řadu individuálních, mikro-sociálních i makro-sociálních problémů, se kterými se lidé nedokážou bez pomoci sociálního pracovníka vyrovnat a stále častěji vyhledávají profesionálně připravené odborníky. Sociální práce je v současnosti chápána jako přímé, záměrné a terapeutické působení na klienta – člověka, který je sociálně, zdravotně či jinak handicapován. Dimenze sociálního pracovníka je součástí každé profese, která v menší či větší míře pracuje s člověkem, se skupinou lidí či komunitou. Nelze ji v žádném případě chápat jako administrativní práci. Umění zacházet s člověkem vyžaduje nejen znalost praktických metod, ale i přirozený takt a etický zájem, citlivost, upřímnost, ušlechtilost a lidskost vůbec, neboť jde o umění zacházet s osobností člověka, který je nějak ve společnosti znevýhodněn, handicapován.

*„Sociální práce je umění jednat s lidmi a vést je, a to na základě získaných odborných znalostí i praktických zkušeností. Sociální práci lze shrnout do odborné terminologie v následujících pojmech: péče – pomoc – podpora „ (Mühlpachr, 2006, s. 6).*

Ústavy pro mentálně postižené občany jsou určeny pro občany s mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou. Do těchto ústavů se přijímají občané ve věku od 26 let. Občané postižení mentálním postižením lehčího stupně mohou být do těchto ústavů přijati jen tehdy, jestliže potřebují nezbytně ústavní péči (Králová, Rážová, 2007).

Ústavy sociální péče v poslední době procházejí vývojem plným různých peripetií. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk se závažnějším mentálním postižením „patří“ do ústavu. Tyto předsudky se tradovaly velmi houževnatě a byly často zdrojem velkých nedorozumění i uvnitř rodin s jedincem s takovým stupněm postižení.

Pro lidi s mentálním postižením se zřizují ústavy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Stejně jako rodiny a státy udržují ústavy svůj vnitřní řád soubory pozitivních a negativních sankcí. Vůči vnějšímu světu jsou více či méně uzavřené – vstup do nich je kontrolovaný. Mezi klienty a personálem existuje hranice, jejíž obdobou je mezigenerační hranice rodinná. Přístupnost určitých míst v ústavu je regulována pravidly, která souvisejí s hierarchiemi společenského postavení. V ústavech není ponecháno náhodě, kdo, s kým a kde může být v kontaktu.

Funkce ústavů můžeme nahlížet z perspektivy zájmů společnosti nebo z hlediska individua. V některých případech se oba zájmy shodují, jindy se různí. Jestliže se různí, obvykle je to zájem společnosti, který dostává přednost, a klientovy možnosti volby se zužují. Z hlediska individua je nejpodstatnějším parametrem ústavu respekt k osobní svobodě rozhodování. Omezování svobodné volby klienta a omezování soukromí klientů bývají často předmětem zvýšené pozornosti, někdy i kritiky, a to zejména ve společnostech, v nichž stojí vysoko ideál demokracie a maximální svobody individua. Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Klient je do značné míry vydán všanc ústavnímu režimu a pro nezasvěceného, nezávislého pozorovatele mohou být skutečná pravidla vnitřního fungování ústavu dlouho nejasná. Personál má často mocenskou převahu a bývá v pokušení ji zneužít. Zejména jsou-li klienty děti, mladiství, lidé mentálně hendikepovaní, velmi nemocní a staří. Personál může mít dění v ústavu natolik pod kontrolou, že se každá případná stížnost klienta může obrátit proti němu.

*„Přes rizika ústavní péče nesdílíme představu, že všechny formy ústavní výchovy a péče jsou přežitkem. Pro některé jedince jsou jedinou možností umožňující důstojnou existenci“ (Matoušek O., 1999, s. 23).*

Z tohoto důvodu by ústavy neměly zanikat, ale jsou na ně kladeny stále vyšší požadavky. Smysl budou mít v budoucnu jen ty ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb



klienta a pouze v minimální nutné míře vůči němu uplatňující omezení. Ústav jako svébytná sociální jednotka potřebuje mít integrující hodnoty, postoje a jim odpovídající činnosti klientů. Integrujícím činitelem může být náboženství, zájmy klientů, příprava na povolání apod. Pracovníci ústavů i klienti musejí stále hledat rovnováhu mezi potřebami celku „léčebné komunity“, „skupiny“ a potřebami individuálními.

Základní síť sociálních služeb, a v jejím rámci i síť ústavů, by měla být příslušnými místními i státními orgány plánována podle demografických, ekonomických a sociálních charakteristik regionů. Rozvíjení sítě potřebuje průběžnou koordinaci činnosti všech agentur, jež poskytují sociální služby, a také koordinaci činnosti místních i vyšších orgánů včetně ministerstev. Jen tak se vytvoří podmínky pro to, aby byla ústavní péče poskytnuta těm, kdo ji skutečně potřebují, a to v náležité kvalitě (Matoušek O., 1999).

Stanovit globálně platný přehled cílů sociální práce není možné. Rozdíly mezi jednotlivými kulturami a zeměmi jak v teoretickém pojetí sociální práce, tak v praktickém výkonu těchto činností jsou velké. Způsob, jakým se sociální práce koncipuje a provádí v euro-americkém civilizačním okruhu, není vhodný ani přijatelný v jiných kulturách. Východní země (Indie, Čína, Japonsko) ve svých soustavách sociálních služeb podporují spíše rodinu než jednotlivce. Americké sociální služby se kromě toho liší od evropských větším akcentováním úlohy dobrovolníků a menší mírou řízení ze strany státu. Ani v evropském prostoru není možné dokonalé sjednocení základních východisek. V některých západoevropských zemích se např. vyvinula disciplína nazývaná sociální pedagogika, kterou jiné evropské země nepěstují; vzdělávání je tak viděno jednou jako součást sociálního zabezpečení, jindy jako relativně nezávislý systém práce s lidmi. Ještě složitější je situace v zemích tzv. třetího světa (Švarcová, 2006).

Sociální práce nemůže být budována a hodnocena nadčasově. Její teorie i praxe jsou reakcemi na to, jak konkrétní lidé vnímají v určité době a v určitém místě sociální problémy. Počet sociálních pracovníků a zaměření jejich činností se mění s prioritami, které společnost definuje v politických a sociálních debatách. Sociální práce jako profese je vykonávána v návaznosti na jiné profese, přičemž nejbližším okruhem jsou v západních zemích zdravotníci, psychologové, právníci, policisté, pedagogové, představitelé státní správy a samosprávy (Matoušek a kol., 2005).

### 3 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pocíťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti (Švarcová, 2006).

Podle Pipekové (2006) lidská práva představují nejpodstatnější subjektivní práva a svobody, která jsou zaručena ústavními zákony a přijatými mezinárodními smlouvami o lidských právech. Již přídavné jméno „lidské“ naznačuje, že tato práva jsou univerzální a vztahují se na každého člověka bez ohledu na jeho pohlaví, rasu, jazyk, víru a náboženství, barvu pleti, politické nebo jiné smyšlení, společenský nebo národnostní původ, majetek, rod nebo jiné postavení.

Práva duševně postižených lze vyjádřit následujícími body:

- duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
- duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
- duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard, má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
- tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
- duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
- duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.

- pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci (Michalík, 2007).

Závěrem této kapitoly o právech mentálně postižených lidí bych chtěla dodat jedno: můžeme uzákonit právo na odpočinek a podporu, právo na domov a denní činnosti, ale nikdy nemůžeme uzákonit právo na lásku. A přitom je to ve skutečnosti nejdůležitější požadavek pro osoby s mentálním postižením, pro rodiče postižených dětí a nakonec pro všechny. Pokud bychom byli donuceni vzdát se všeho a ponechat si jen jedno jediné, pravděpodobně bychom si všichni vybrali nejbližšího člověka. Nedostatek blízkých vztahů a lásky, a izolace u osob s mentálním postižením jsou největší tragédií jejich života.

### **3.1 Lidská práva a práva mentálně postižených osob v mezinárodních dokumentech**

Lidská důstojnost a lidská práva byly po staletí porušovány a ignorovány a idea společných pravidel pro všechny lidské bytosti bez diskriminace vznikala po dlouhá staletí v celé řadě zemí. Jedním z nejvýznamnějších dokumentů však byla **Všeobecná deklarace lidských práv**, přečtena 10. prosince 1948 v Paříži předsedkyní komise pro lidská práva při OSN Eleonorou Rooseveltovou, což je důvod, že desátý prosinec je považován za Den lidských práv. Byl to první dokument, v němž byl výraz „lidská práva“ použit (Pipeková, 2006, s. 44)

Podobně „ochrana práv postižených osob“ není pouze záležitostí jednotlivých států, ale probíhá také na mezinárodní úrovni. Mezinárodní smlouvy jsou vyjádřením shody řady národů a států o tom, co chápou pod pojmem „práva postižených osob“, a tak představují určitý standard těchto práv. Zákaz diskriminace na základě postižení se v mezinárodních i vnitrostátních úpravách objevuje jako poměrně nový institut. Žádná obecná mezinárodní úmluva neobsahuje mezi chráněnými kategoriemi také postižení. Nicméně, tyto obecné mezinárodní úmluvy, stejně tak jako předpisy regionální povahy, lze využívat i k ochraně postižených osob. V posledních desetiletích se také objevuje řada závazných i nezávazných předpisů mezinárodního práva, které práva postižených osob upravují.

Tento přehled obsahuje výčet některých významných dokumentů týkajících se postižených osob při jejich ochraně před diskriminací.

V roce 1961 byla přijata **Evropská sociální charta**, jež byla po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, která výslovně zmiňovala postižené osoby jako nositele lidských práv. (Švarcová, 2006). Pojetí postižení v tomto dokumentu vycházelo z představy, že postižení potřebují především péči a pomoc svých nepostižených spoluobčanů. Z tohoto konceptu postižení vyplynul i požadavek budování speciálních zařízení pro lidi s postižením.

V roce 1971 byla přijata OSN **Deklarace práv mentálně postižených** a stala se důležitým podkladem pro zavádění, revizi, inovaci nebo modernizaci péče o mentálně postižené na celém světě. Deklarace obsahuje 7 základních článků, které deklarují, že mentálně postiženým osobám musí být zaručena "v maximální možné míře stejná práva" jako mají ostatní lidé a dále jim přiznávají právo na odpovídající lékařskou péči a na léčení, jakož i na takové vzdělání, přípravu, rehabilitaci a výchovu, které jim umožní maximálně rozvinout své schopnosti a kapacitu; právo na ekonomickou jistotu a přiměřenou životní úroveň. Mají právo vykonávat produktivní práci nebo jakékoliv jiné smysluplné zaměstnání v maximální míře svých možností; právo žít ve vlastní rodině nebo u pěstounů a podílet se na různých formách veřejného života (rodinám, v níž postižení žijí, by měla být poskytována náležitá pomoc, je-li nezbytná ústavní péče, měla by být poskytována v prostředí a v podmínkách blízcích se normálnímu životu); právo na kvalifikovaného poručníka k ochraně své hmotné i duchovní existence a zájmů; a ustanovení, že mentálně postižení musí být chráněni před vykořisťováním, ponižováním a zneužíváním všeho druhu. Deklarace stanoví, že mentálně postiženým mohou být některá či všechna práva omezena či odebrána, pokud nejsou schopni vzhledem k závažnosti svého postižení svá práva využívat smysluplným způsobem.

Dalším významným dokumentem je **Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání**, přijatá v roce 1987 v rámci Rady Evropy, jež umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří byli zbaveni svobody, s cílem posílit jejich ochranu před týráním a ponižujícím zacházením. Na základě této konvence byl založen Evropský výbor pro prevenci týrání, jehož úkolem je sledovat dodržování lidských práv nejen v nápravných zařízeních, ale i v psychiatrických léčebnách a dalších institucích, v nichž jsou umístěovány osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, mezi něž patří i lidé s těžkým mentálním postižením.

V roce 1993 byly Valným shromážděním OSN přijaty **Principy ochrany osob s duševním postižením a zlepšení zdravotní péče o duševní zdraví**, které obsahují standardy, podle kterých se má hodnotit implementace lidsko-právních opatření v jednotlivých vnitrostátních systémech péče o duševní zdraví. Poskytují základ pro zprávy o zacházení s duševně postiženými osobami a o podmínkách, ve kterých žijí, zejména v zařízeních pro postižené. Principy obsahují celou řadu závažných omezení, např. neobsahují explicitně právo odmítnout péči a také několik slabých ochranných ustanovení týkajících se nedobrovolné zdravotní péče. Principy se navíc zmiňují pouze o "pacientech", nikoliv o "osobách s postižením" a naznačují, že práva jednotlivců s postižením jsou spíš důsledkem jejich zdravotního stavu než základních práv, které požívají jako lidské bytosti.

(<http://lidskaprava.poradna-prava.cz/meznarodne-pravni-standardy-332/zdravotni-postizeni.html> dne 12. 3. 2014)

V září 1997 se v Praze konala mezinárodní konference K97 Lidská práva pro osoby s mentálním postižením, jíž se zúčastnilo mnoho představitelů různých světových organizací zabývajících s otázkami práv lidí s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

V současné době se začínají ozývat různé spolky a skupiny občanů, kteří zastávají militantní názory, často rasistického zabarvení, usilující o potlačování práv společenských minorit. Tyto hlasy představují pro lidi s mentálním postižením, kteří patří v lidské společnosti k těm nejbezbrannějším, určité ohrožení. Myslím si, že nebezpečí představují i lidé zastávající vyhraněně tržní přístup k životu a ke společnosti, pro něž jsou „neproduktivní“ občané s mentálním postižením pouhou přítěží. Tito lidé mohou mít své zástupce i v některých orgánech decizní sféry, kde se mohou spolupodílet např. na snižování výdajů na péči o lidi s postižením i na jiných formách omezování jejich práv, např. redukování činnosti jejich organizací a institucí. Tato opatření mohou mít i různá „demokratická“ zdůvodnění, za nimiž může stát pouhá snaha o úsporná opatření. Je proto nutné, aby se dobří a moudří lidé spojili a dokázali včas rozpoznat, která opatření jsou lidem s mentálním postižením prospěšná a která jim budou škodit, a nenechali se zmást ani pseudohumanistickou terminologií, která již nespočetněkrát byla v každé společnosti zneužita. Na druhé straně ovšem platí, že společnost si může dovolit jen takové výdaje, které jí její ekonomická situace umožňuje, a z tohoto hlediska mohou být některé současné představy organizací zdravotně postižených zatím nerealistické.

### 3.2 Právo na socializaci - začleňování do běžného života

Běžný život se netýká skoro stovky tisíc lidí, kteří v Česku žijí za zdmi různých sociálních ústavů. Ať už jde o domovy důchodců, psychiatrii či dětské domovy. Návrat z ústavů do přirozených komunit bývá častým tématem debat odborníků. Z ústavů do rodin se u nás vrací stále více lidí. Každému, kdo měl možnost se s takovou situací setkat je jasné, že to může být dost komplikované. Je velké množství případů, kdy klienti chtějí odejít z ústavu, ale je nutné si uvědomit, že jde o lidi, kteří prožili v ústavu třeba většinu života. V těch institucích jejich život podléhal danému řádu a tyto instituce byly dost často daleko za městem a lidé v nich byli izolováni. Nabízí se logická otázka - je takový způsob začleňování do běžného života vůbec možný?

Z hlediska jednotlivce je socializace jedním z procesů, které přispívají k rozvoji jeho osobnosti, ve smyslu získávání specificky lidských variant chování a prožívání. Jedinec pod tímto vlivem získává určitý systém hodnot, norem a rolí, schopnost komunikace, zralejší způsob autoregulace vlastního chování. V neposlední řadě se vytvářejí a diferencují vztahy k jednotlivcům, skupinám i celé společnosti. (Vágnerová a kolektiv, 2004)

Snahou socializace je překonat izolaci, která je vyvolána jejich postižením. Vyrovnání se s jejich defektem, začleněním do společnosti, závisí hlavně na organizaci výchovně – vzdělávacího procesu (Strusková, 2000).

Integrace sjednocování postojů, hodnot a směřování aktivit různého druhu ovlivňuje nejen sociální vztahy, ale také identitu jedinců. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišujících situací, aktivit, jevů a postojů. Tyto se mohou projevit formou problémů, stresů nebo konfliktů, narušujících rovnováhu a harmonii vztahů v životě. Integrace je jeden z prostředků, které pomáhají takové rozpory překonat (Jasenský, 1998).

Proces začleňování můžeme chápat jako postupné upravování vztahů jedince (v našem případě mentálně postižených) k jeho prostředí. Ve světě sílí v poslední době silné tendence k plné integraci postižených do společnosti např. zařazováním dětí postižených mentální retardací do normálních škol. Takové začleňování je samozřejmě potřebné, ale u těžších postižení je její konkrétní realizace velice problematická.

Od roku 1991 probíhají ve školství integrační trendy, tyto trendy zasahují také do oblasti zaměstnanosti, sociálních služeb a zdravotní péče. Snaží se o etiku společenského soužití,

o socializaci znevýhodněných osob, o toleranci k osobám, které patří do nějaké minoritní skupiny, tedy se snaží o větší toleranci k mentálně postiženým osobám (Anderle, 2005).

Začleňování také znamená snižování rozdílů mezi postiženou – minoritní a nepostiženou – majoritní skupinou obyvatel. Jsem přesvědčená, že právě díky socializaci je možné snížit střet mezi těmito dvěma skupinami. V souvislosti s jedinci s mentálním postižením se socializace promítá do všech oblastí majority, jako je bydlení, cestování, stravování, nákupy nebo trávení volného času.

Poslední dobou je místo termínu socializace a integrace používán termín inkluze. Tento termín se používá především ve školství a znamená rovné příležitosti všem studentům, bez ohledu na jejich postižení. Jde o to, aby znevýhodnění studenti mohli využívat efektivní vzdělávací služby s potřebnými náhradními pomůckami a pomocnými službami. V případě inkluze je dítě zařazeno do běžné školy mezi zdravé děti, bez ohledu na jeho schopnosti, dovednosti, a znalosti. Jde spíše o emocionální potřeby znevýhodněného dítěte a spolužáky. U integrace je tomu naopak, dítě navštěvuje speciální školu a až při náznacích, že by normální školu mohlo zvládnout, je do ní přeřazeno. Není jednoduché posoudit, která z možností je vhodnější. Inkluze je spojena s emoční zátěží a traumatem při neúspěchu, kterému se snaží integrační proces předejít (Novosad, 2009).

Socializace je celoživotní proces, který umožňuje postiženým lidem rozvinout svůj potenciál a přispívá k jejich začlenění do společnosti bez diskriminace. V takové společnosti jsou takoví jedinci akceptováni a stejně tak se i cítí. Zdravotně znevýhodnění člověk je nucen překonávat neustále nějaké překážky, řešit obtížné situace a cílem integrace je jim tuto nesnadnou celoživotní cestu usnadnit.

Dle mého názoru je sice těžké jedince s mentálním postižením alespoň v malé míře socializovat a integrovat, jen se musí jít tou správnou cestou a hlavně mít trpělivost a být tolerantní k jejich integračnímu tempu. Není pravidlem, že člověk, který není schopný výborné komunikace s okolím, není schopen socializace. Faktem zůstává, že tomuto procesu není mentálně postižený jedinec schopen bez cizí pomoci. Proto by lidem na celém světě nemělo bránit takové jedince přijmout mezi sebe nebo jim dokonce ukázat, kterou cestou se mají vydat, která bude ta nejlepší.



## 4 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A STANDARDY KVALITY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Z hlediska práv lidí s mentálním postižením je velmi důležitým dokumentem **Zákon o sociálních službách**, který přináší zásadní změny v oblasti sociálních služeb.

Tento zákon č.108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.

Základní zásady Zákona o sociálních službách:

Základní zásada č. 1 – každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Základní zásada č. 2 – rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Zákon má celkem 11 částí a obsahuje 122 par., ve kterých mimo jiné ukládá v péči o mentálně postižené postupovat podle Standardů kvality sociální péče.

**Standardy kvality sociální péče** lze považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Cílem sociální služby je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované sociální služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají.

Standardy sociální péče byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb a týkají se všech sociálních služeb. Slouží nejenom pracovníkům, ale také uživatelům dané služby. Jsou to - zjednodušeně řečeno – pravidla fungování služeb, která musí mít, v souladu s platnou legislativou, vypracovány každý registrovaný poskytovatel sociální služby.

Standardů je celkem 15 a rozdělují se na procedurální (1-8), ekonomické (9-10) a provozní (11-15). Standardy kvality zaměřené na uživatele se nazývají procedurální, mezi ně patří:

#### **Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování služeb.**

Zde má každá poskytovaná služba stanovené své poslání, kterým se řídí, cílovou skupinu osob, pro které je služba určena a zásady (principy), které jsou pro danou službu závazné a důležité. Tento standard je zásadní, poskytovaná služba se zavazuje k naplňování tohoto závazku, který je veřejný (veřejnost je s ním seznamována např. formou letáků, na webových stránkách, apod.).

#### **Standard č. 2: Ochrana práv osob**

Poskytovaná služba má povinnost mít písemně zpracovaná pravidla pro případné porušování práv, ke kterým může dojít při poskytování služby, nebo na střety zájmů mezi uživateli či mezi uživatelem a pracovníkem. Dále je v tomto standardu písemně zpracován i postup při přijímání darů.

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

Zde je popsán průběh jednání s osobou, která má zájem o poskytování dané služby, při kterém se projednává cíl zájemce, hledá se společně zakázka, kterou by daná služba mohla plnit. Tato část je důležitá v tom, že se zde rozhoduje na základě stanovených kritérií, zda zájemce, spadá do okruhu osob (cílová skupina), kterým se poskytovatel zavázal poskytovat službu (ve standardu č. 1 – ve veřejném závazku).

#### **Standard č. 4: Smlouva o poskytování sociální služby**

V této části má sociální služba písemně sepsán postup, podle kterého pracovníci jednájí při uzavírání smlouvy (seznámení se smlouvou, přílohami smlouvy). Uzavřením smlouvy se ze zájemce o službu stává uživatel služby.

#### **Standard č. 5: Individuální plánování a průběh sociální služby**

Pracovníci sociální služby s každým uživatelem plánují průběh služby a vyhotovují o něm záznam, tzv. Individuální plán. Individuální plán vychází z potřeb a cílů, kterých chce uživatel pomocí využívané služby dosáhnout. Každý uživatel má k dispozici určeného, tzv. klíčového pracovníka, se kterým může probírat změny svých potřeb a přání.

#### **Standard č. 6: Dokumentace o poskytované sociální službě**

Tento standard zahrnuje písemná pravidla pro vedení dokumentace v dané službě. Popisuje, jaké informace jsou vedeny o uživateli služby, kdo má k těmto informacím přístup, jak dlouho se archivují, apod.

#### **Standard č. 7: Stížnosti na kvalitu či způsob poskytování služby**

Zde každý uživatel najde informace o možnosti stěžovat si na poskytovanou službu, jak postupovat při podávání stížnosti, jak se stížnosti evidují a jak s nimi dále poskytovaná služba pracuje.

#### **Standard č. 8: Návaznost poskytované sociální služby na další služby**

Služba má k dispozici uživatelům a pracovníkům vytvořeno tzv. Portfolio, kde jsou uvedeny kontakty na další služby v okolí – lékaři, nemocnice, veřejné služby, apod.

**Standardy ekonomické (personální) se týkají managementu (řízení) poskytované služby.**

Do této skupiny patří:

#### **Standard č. 9: Personální zajištění**

Popisuje personální a organizační zajištění sociální služby (např. struktura a počet pracovních míst, pravidla pro přijímání pracovníků, atd.).

#### **Standard č. 10: Profesionální rozvoj pracovníků**

Pojednává o profesionálním rozvoji pracovníků (hodnocení jejich práce, zvyšování kvalifikace - vzdělávání, atd.).

Poslední skupinou jsou **standardy provozní**, které se zabývají otázkami **provozu poskytované služby**

Do této skupiny patří:

#### **Standard č. 11: Místní a časová dostupnost poskytované služby**

Kdy a kde je služba poskytována.

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

Jakým způsobem je informována veřejnost o službě - informace musí být jasné, stručné, srozumitelné.

**Standard č. 13: Prostředí a podmínky**

Materiální, technické, hygienické podmínky a prostředí sociální služby.

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

Definování nouzových situací, které mohou nastat při poskytování služby a postup při jejich řešení.

**Standard č. 15: Zvyšování kvality v poskytované službě**

Hodnocení kvality služby, zjišťování spokojenosti uživatelů, např. prostřednictvím dotazníků, vyhodnocení stížností, atd. (<http://www.ledax.cz/pro-verejnost/standardy-kvality-socialnich-sluzeb.html> dne 12.3.2014)

**4.1 Systém a úroveň sociálních služeb v evropském kontextu a v ČR**

Sociální služby patří mezi významné složky sociální politiky jednotlivých států a současně také velmi dynamicky rostoucím odvětvím ekonomiky. Neustále vzrůstá počet těch, kteří sociální služby potřebují, i těch, kteří v této oblasti pracují. Neexistuje však mezinárodně obecně uznávaná definice sociálních služeb. Odborníci na sociální politiku uvažovali, zda je možné definovat modely sociálních služeb a popsali tyto čtyři modely:

- **Skandinávský model sociálních služeb** – založen na principech univerzalizmu – služby jsou dostupné na základě občanského principu
- **Model rodinné péče** – typický je pro středomořské země (Řecko Portugalsko, Španělsko, Itálie). Stát poskytuje služby jen v určité míře, poskytovatelem je neformální sektor (rodina, přátelé atd.)
- **Britský model** – založen na testování příjmu. Služby jsou zajištěny občanům s omezenými příjmy a těm, kteří je skutečně potřebují
- **Středoevropský subsidiární model** – primární odpovědnost za sociální péči má rodina, největším poskytovatelem sociálních služeb je neziskový sektor (např. Nizozemí, Německo)

Sociální služby v zemích Evropské unie se nejen neustále rozvíjejí, ale mění se také jejich struktura a způsob financování a tím i jejich úroveň. Tyto služby se profesionalizují a transformují. Příčiny těchto změn jsou rozmanité, nejčastěji jsou uváděny demografické, společenské, ekonomicko-politické či technologické důvody.

Přestože země EU se v mnohém odlišují, prošly odlišným historickým vývojem, jsou patrné určité společné charakteristiky služeb v obecném zájmu. Služby tedy mají v zemích EU společné hodnoty a cíle, kterými jsou:

- Universalita
- Kontinuita
- Kvalita
- Cenová dostupnost
- Ochrana uživatelů

(Matoušek a kol., 2005)

V České republice sociální služby patří mezi významné části aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, prostřednictvím kterých jsou řešeny problémy jednotlivců, rodin i skupin obyvatel. V předlistopadovém období však měly pouze omezený význam. Byly považovány za doplněk k rozsáhlému dávkovému systému a státním dotacím do dopravy, potravin či energií. Po roce 1948 byla tradiční činnost neziskových organizací v sociální oblasti zcela potlačena, převažovala státem kontrolovaná a centrálně koordinovaná institucionální forma péče u všech cílových skupin (děti, lidé s postižením, senioři). Důraz byl kladen na zvyšování počtu míst v těchto institucích, což však nekoresponduje s dnešním nazíráním na kvalitu a úroveň poskytované péče. Velkého rozmachu se tedy sociální služby v ČR dočkaly až po roce 1989. Začal vznikat a rozvíjet se neziskový sektor, církevní organizace obnovily svou činnost. Začaly se rozvíjet terénní formy služeb, které se staly alternativou služeb ústavních (pobytových). Po roce 1996 se sociální služby deklarativně odklonily od ústavní péče a začala se zdůrazňovat důležitost setrvání lidí v jejich přirozeném prostředí. Další změny se odehrávají díky reformě veřejné správy, kdy do systému poskytování sociálních služeb vstoupily, mimo státu, obce a kraje. Přes všechny tyto změny v systému a úrovni sociálních služeb zůstává ústavní péče velmi rozsáhlou sociální službou. Úroveň poskytovaných služeb se u jednotlivých poskytovatelů značně liší, uživatelé služeb vždy nemají možnost podílet se na způsobu poskytování

služby atd. tato značně neuspokojivá situace vedla k přípravě reformy sociálních služeb, jejímž cílem bylo vytvořit především takový systém, kde by sociální služby byly finančně i územně dostupné, odpovídaly potřebám uživatelů a reagovaly na místní potřeby, sloužily jako nástroj ke zvýšení nezávislosti uživatelů a působily proti sociálnímu vyloučení.

Sociální služby, které jsou souhrnem odborných činností, jsou v České republice poskytovány přibližně 700 000 klientům. Pomáhají řešit jejich nepříznivou sociální situaci formou, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální potřeby a posiluje schopnost začleňování do společnosti v přirozeném sociálním prostředí. Úroveň podpory kvality života občanů prostřednictvím sociálních služeb je vizitkou celé společnosti. (Odborný časopis Sociální služby vydaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 11/2012).

## **4.2 Způsob zajišťování kvality sociálních služeb**

Kvalita sociálních služeb se zajišťuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Provádí se inspekce poskytování sociálních služeb u poskytovatelů, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, a u poskytovatelů sociálních služeb krajské pobočky Úřadu práce. Místní příslušnost se řídí podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, popřípadě podle umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území České republiky. Předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb je plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb a kvalita poskytovaných sociálních služeb. Při plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb je předmětem inspekce také posouzení, zda smlouva o poskytnutí sociální služby obsahuje náležitosti smlouvy a zda je výše úhrady sjednána v rámci výše stanovené úhrady. Členové inspekčního týmu jsou povinni v případě zjištěných nedostatků informovat o výsledku inspekce osobu, která uzavřela smlouvu o poskytnutí sociální služby, nebo zákonného zástupce, pokud uzavřeli smlouvu o poskytnutí sociální služby za osobu, která není schopna sama jednat. Inspekce se provádí vždy v místě poskytování sociálních služeb a v každém jednotlivém případě ji provádí inspekční tým. Alespoň 1 člen inspekčního týmu musí být zaměstnancem státu zařazeným k výkonu práce v krajské pobočce Úřadu práce. V zájmu odborného posouzení věci mohou být k účasti na inspekci přizváni specializovaní odborníci. Přizvaný odborník nesmí být podjatý vůči poskytovateli sociálních služeb, u kterého je prováděna inspekce. Poskytovatel sociálních služeb, u kterého je prováděna inspekce, je povinen umožnit přizvanému odborníkovi, aby se podílel na provádění inspekce. Poskytovatel sociálních

služeb je povinen umožnit členům inspekčního týmu dotazovat se osob, kterým poskytuje sociální služby, na záležitosti související s poskytováním sociálních služeb, které jsou předmětem inspekce. Podmínkou přitom je, že osoba byla členem inspekčního týmu za účasti poskytovatele sociálních služeb poučena o možnosti odmítnout rozhovor a dala k rozhovoru souhlas. Krajská pobočka Úřadu práce je oprávněna ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci. Poskytovatel sociálních služeb je povinen splnit uložená opatření ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou Úřadu práce a podat písemnou zprávu o jejich plnění, pokud si ji krajská pobočka Úřadu práce vyžádá. (*Inspekce sociálních služeb* [online]. 2007 [cit. 2014-02-24]. Dostupný z WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce\\_verejnost\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf))

)

Přestože je obecně uznáváno, že registrace a inspekce jsou klíčovými nástroji zajišťování kvality, alespoň na úrovni minimálních standardů, externí kontrolní mechanismy tvoří pouze část z celkového procesu zajišťování kvality. Hlavní zodpovědnost za dosahování a zajišťování kvality v sociálních službách je uvnitř jednotlivých organizací a služeb. Existuje řada pravděpodobných důvodů, proč mají organizace zájem se v těchto procesech angažovat. Jedním z nich je snaha prokázat oddanost uživatelům služeb, respektování jejich principů a současně demonstrovat důvěryhodnost služeb. Dalším důvodem je skutečnost, že patří k dobré obchodní strategii předvést svou cenu a své postavení na trhu sociální péče. Je pravděpodobné, že se do budoucna projeví rostoucí potřeba poskytovatelů služeb vyvinout vlastní postupy při zajišťování kvality. Otázkou je jak? Jaké metody by měly být používány? Je obecně známo, že „kvalita“ je v sociálních službách těžko definovatelná a měřitelná. Je třeba brát v potaz subjektivní i objektivní aspekty, které spolu nemusí být nutně v souladu. Je pravda, že některé standardy, jako například velikost pokoje a náležitosti zajišťující pohodlný život, mohou být definovány a měřeny snáz než jiné. Standardy, které více závisí na subjektivních názorech a hodnocení, jsou problematické, avšak často patří k těm, které nejvíce souvisí s názory uživatelů a příbuzných na kvalitu služeb.

V moderním pojetí musí být u každé sociální služby jasné, za jakým účelem a proč existuje. Je třeba definovat její účel, filozofii a cíle, které jsou nutné pro naplnění vyjádřeného účelu. Vyjádření na papíře však ještě neznamená skutečnou oddanost věci nebo opravdový zájem o zajišťování a zvyšování kvality. Není možné uvést do praxe a do

chování pouze filozofii a účel, ale musejí vzniknout také dobře definované postupy a procesy hodnocení toho, jak jsou cíle naplňovány (Vágnerová a kolektiv, 2004).

Není možné stanovit konkrétní metodu pro zajištění kvality standardů. Každá organizace a každý, kdo poskytuje službu, si sám musí zvolit, jakou cestu si vybere. Obecně se doporučuje, aby základní prvky systému zajišťování kvality byly pevně svázány s kulturou služby. Tím se myslí

- Práce s jasně stanoveným souborem standardů, hodnot a principů, které zajišťují jasné „zaměření na zákazníka“.
- Zajištění toho, že názorům uživatelů služeb, jejich příbuzných a zástupců je vždy věnována pozornost a jejich názory jsou brány vážně v úvahu při řešení otázek týkajících se rozvoje služby.
- Vytváření metod pro monitorování a hodnocení kvality služeb, pro supervizi a podporu zaměstnanců.
- Je třeba, aby existovaly vhodné pokyny a postupy, a aby bylo zajištěno, že budou odpovídajícím způsobem zajišťovány.

(Čermáková, Johnová, 2002).



## II PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem praktické části mé práce bylo zjistit, zda jsou ve vybraném zařízení pro osoby s mentálním postižením, které trvale nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí dodržovány v Standardy kvality sociální péče a jejich aplikace do praxe. Výzkumné otázky byly proto zaměřeny na problematiku dodržování Standardů kvality sociální péče, jejich aplikaci do praxe v uvedeném zařízení, vlivu dopadu uvádění do praxe těchto Standardů, jak na klienty, tak na zaměstnance uvedeného zařízení, financování těchto služeb, reakce obyvatel obce na klienty uvedeného ústavu a vlivu rodiny a blízké příslušníky klientů, možného vzniku syndromu vyhoření, který je nejčastější právě pro profese pracující s lidmi jako např. učitelé, lékaři, policisté, ale především pomáhající profese.

Na základě výběru tématu byly stanoveny níže uvedené výzkumné otázky, na které provedeným výzkumem odpovím.

- Jak jsou naplňovány Standardy kvality sociálních služeb o mentálně postižené v konkrétním zařízení o mentálně postižené?
- Jak je možno lépe rozvíjet dovednosti a kompenzovat nedostatky mentálně postižených klientů?
- Může mentálně postižený člen v rodině způsobit i úplný rozpad rodiny?
- Jak nahlíží obyvatelé na postižené spoluobčany v místě, kde dochází k jejich těsnému soužití?
- Jaká je kontrola dodržování Standardů kvality sociální péče o klienty konkrétního zařízení o mentálně postižené?

### 5.1 Místo šetření

Jako místo mého výzkumu jsem zvolila, se souhlasem ředitele tohoto zařízení, Domov u lesa Tavíkovice, (viz. obrázek č. 1, 2, 3, P 1), kde bylo mým cílem zjistit, zda a jak jsou dodržovány Standardy kvality péče a jejich případné dopady jak na klienty ústavu, tak na jejich zaměstnance. Z tohoto důvodu bych ráda nastínila několik základních informací o fungování tohoto zařízení.

Domov u lesa Tavíkovice je příspěvkovou organizací Jihomoravského kraje, je to domov pro osoby se zdravotním postižením poskytující pobytové sociální služby formou celoročního pobytu osobám starším 18 let s mentálním postižením. V současné době

poskytuje bydlení 102 klientům, z toho 84 klientů bydlí v nové budově a 18 klientů žije samostatně v budově zámku. Klientům poskytuje sociální služby celkem 63 zaměstnanců.

Areál Domova tvoří nová budova, zámek s parkem, skleníkem a hospodářskými budovami. Součástí zámeckého parku je rybník Panský. Celková rozloha areálu je cca 6 ha.

Posláním Domova u lesa v Tavíkovcích je vytvořit pro osoby s mentálním postižením, které trvale nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí, důstojnou náhradu za domácí prostředí a podporovat je ve snaze co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života s ohledem na jejich zvláštnosti, zachování jejich individuality a rozvíjení jejich osobnosti.

Cíle poskytování sociální služby domova s přihlédnutím k jejich individuálním schopnostem a dovednostem jsou:

- **udržení soběstačnosti a samostatnosti klientů** - v oblasti udržení soběstačnosti a samostatnosti je cílem sociální služby pomoci klientům zvládnout péči o vlastní osobu (získání a udržení základních hygienických návyků, výběr vhodného oblečení a obuvi, péče o osobní věci, osvojení si zásad správného stolování), edukace v denních činnostech (probíhající nácviky: utírání prachu, úklid skříněk s osobními věcmi, stlaní lůžka, výměna osobního i ložního prádla), podpora komunikace, účast na společenských akcích (v Domově i mimo Domov), účast na rekreacích a sportovních akcích.

- **osvojení pracovních návyků klientů** - v oblasti osvojení si pracovních návyků je cílem sociální služby osvojovat prostřednictvím aktivizačních činností pracovní návyky (aktivizace probíhají buď na domácnostech, nebo v jednotlivých aktivizacích) jedná se o pracovní terapie v dílnách (šicí dílna, stolařská dílna), v pedigu, v drobnochovu, v chovu koní a v zahradě. Při činnostech je rozvíjena komunikace a jsou navazovány vztahy s okolním prostředím. Dochází k rozvoji a procvičování motoriky klientů.

- **naplnění partnerského vztahu a respektování citového života klientů** - v oblasti naplnění partnerského vztahu a respektování citového života klientů je cílem sociální služby pomoci klientům organizovat společný život (klienti spolu bydlí, navštěvují aktivizační činnosti, podnikají procházky, vedou sexuální život, podpora rodinných vazeb klientů).

Zásadami pro poskytování sociálních služeb je zde individuální přístup, respektování lidských práv a zachování lidské důstojnosti a spolupráce s rodinami a přáteli klientů. Cílovou skupinu tvoří muži a ženy nad 18 let se všemi stupni mentálního postižení, mobilní i imobilní, případně s kombinovanými vadami v mírném pásmu.

Sociální péče je v tomto zařízení směřována k maximální samostatnosti klientů. Klientům se dostává individuálně přizpůsobené podpory a péče, která zohledňuje jejich momentální celkový zdravotní stav z hlediska fyzického i psychického. Cílem je vybavit klienty v rámci jejich možností základními poznatky a rozumovými, pohybovými a praktickými dovednostmi, které jim umožní zapojit se do běžného života.

Základní péče o klienty je zaměřena na nácvik běžných denních činností. Za podpory pracovníků sociální péče si klienti prohlubují sebeobsluhu a hygienické návyky. Klienti jsou motivováni k pracovním, sportovním, kulturním a zájmovým činnostem, ke kontaktu s vnějším prostředím. V domově se organizují kulturní a společenské akce, oslavy narozenin, klienti jezdí na rekreace, nákupy a akce pořádané jinými zařízeními. Někteří klienti dochází i do školní třídy, která pracuje s osnovami pomocné školy a zvláštní školy. Tyto třídy byly vytvořeny ve spolupráci ze ZŠ, MŠ A PŠ Znojmo, jsou zaměřeny na základní výuku čtení, psaní, počítání, pracovní, výtvarné vyučování, tělesnou a hudební výchovu. Jedná se o kurz na doplnění základního vzdělání a kurz na doplnění základů vzdělání, oba kurzy pracují podle programů pomocné a zvláštní školy.

Rehabilitace slouží k rozvoji či alespoň udržení co nejvyšší míry pohyblivosti klientů. Rehabilitaci využívají klienti podle jejich momentálního zdravotního stavu. K dispozici je krytý plavecký bazén. Další součástí rehabilitace jsou vířivky, sauna, tělocvična a solárium. V rámci individuálních cvičení s klienty je zaměřováno hlavně na vertikalizaci, nácvik chůze s pomocí rehabilitačních pomůcek. Tyto rehabilitace se provádí u klientů na jednotlivých odděleních.

Intenzivně se zde používá alternativní a augmentativní komunikace – AAK, které se věnuje specializovaná pracovnice. Klienti začlenění do programu na podporu této komunikace mají vypracované individuální metodiky. Používá se jazykový program Makaton (manuální znaky, symboly + mluvená řeč), prvky VOKS, piktogramy, individuálně vytvořené komunikační sešity a další podpůrné pomůcky.

Důležitým prvkem jsou zde tzv. aktivizační činnosti, které jsou významnou součástí pracovní terapie. Cílem pracovní terapie je nejen naplnit volný čas klientů, ale především pomoci získat pocit vlastní potřebnosti. Klientům jsou nabízeny aktivizační pracovní činnosti ve stolařské, keramické a šicí dílně, zahradnictví, pedigu (košíkářství), drobnochovu a péči o koně. V odpoledních hodinách mají klienti možnost si sami zvolit, jak budou trávit svůj volný čas. Mohou využít různé druhy volnočasových aktivit (sportovně-turistický klub, klub vaření, rybářský, taneční, šicí nebo čtenářský klub). Je zde možná také tzv. hiporehabilitace, k níž se používá speciálně cvičený kůň. Cílem hiporehabilitace je podpora sebevědomí a sebedůvěry, snižování agresivity, sebe realizace a aktivizace uživatelů, zlepšení zdravotního stavu, zlepšení rovnováhy a koordinace a jiné. V neposlední řadě zde také funguje podpora duchovního života – věřící klienty pravidelně navštěvuje římskokatolický kněz. Duchovní otec poskytuje služby jeden až dvakrát do měsíce, vždy v lichém týdnu. Kněz nabízí přijetí svátosti, duchovní rozhovor či podporu.

## 5.2 Charakteristika použité výzkumné metody a popis respondentů

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu a použila jsem techniku strukturovaného rozhovoru, což je jedna z technik sběru dat v sociálním výzkumu, kde tazatel postupuje otázkou za otázkou podle připraveného dotazníku a respondent odpovídá. Následně jsem výsledky výzkumu zpracovávala a vyhodnotila a tak jsem získala potřebná data.

Rozhovory se uskutečnily v konkrétním zařízení s celkem pěti zaměstnanci tohoto zařízení:

R. č. 1- muž – pracovník v aktivizační činnosti a hiporehabilitace, věk 51 let, v oboru pracuje 20 let.

R. č. 2 – žena – pracovnice v přímé péči – vedoucí domácnosti, 45 let, v oboru 12 let

R. č. 3 – muž, pracovník v přímé péči, 50 let, v oboru 22 let

R. č. 4 – žena – zdravotní sestra v přímé péči, 42 let, v oboru 8 let

R. č. 5 – muž – ředitel ústavu – 56 let, v oboru 11 let

Kriteriem výběru respondentů byla podmínka minimálně pětileté praxe v uvedeném nebo podobném zařízení se sociální zaměřením. Věková podmínka a pohlaví respondentů stanoveno nebylo, ve finále se pak věk respondentů pohyboval od 42 – 56 let.

Při rozhovoru respondenti odpovídali jednotlivě, každý zvlášť na dvanáct připravených otázek. Rozhovory byly anonymní a byly zaznamenány na záznamník mobilního telefonu.

Výzkum s R. č. 1 se uskutečnil během pracovní doby při provádění hiporehabilitace, které jsem byla také účastna a při té příležitosti mi zodpověděl položené otázky. R. č. 2 mi poskytla rozhovor během polední přestávky ve společenské místnosti jedné domácnosti. R. č. 3 mi rozhovor poskytl po pracovní době ve společenské místnosti pro hosty. S R. č. 4 výzkum proběhl po její pracovní době ve večerních hodinách na sesterně. Rozhovor s R. č. 5 – panem ředitelem proběhl během pracovní doby v ředitelně. Tento rozhovor trval nejdéle a je nutno podotknout, že odpovědi pana ředitele byly nejrozsáhlejší a byl z nich patrný přehled i dokonalá orientace v dané problematice. O rozhovory trvaly v rozmezí 20-30 minut podle komunikativnosti respondentů.

### 5.3 Analýza rozhovorů

#### Otázka č. 1 – Jaký máte názor na Standardy kvality sociální péče?

R. č. 1 Standardy napomáhají k dodržování kvality péče o naše klienty

R. č. 2 Je to způsob, jak sjednotit péči o klienta na odpovídající úrovni

R. č. 3 Standardy kvality? Podle mne je nejdůležitější empatie pracovníka v sociální péči s klientem.

R. č. 4 Je to něco jako směrnice, jak by měla vypadat péče o klienta.

R. č. 5 Standardy kvality a jejich naplňování jsou v současné době nejsledovanějším bodem všech kontrol a revizí, popisují, jakým způsobem se správně chovat ke klientovi, jsou to jakési směrnice, jak by měl pracovat každý úsek našeho domova.

#### Otázka č. 2 – Domníváte se, že dle vašich zkušeností Standardy napomáhají ke zkvalitňování péče o klienty?

R. č. 1 Určitě, je to jakýsi návod na postup, jak se o klienty postarat.

R. č. 2 Napomáhají, protože správnou péči o klienta si každý pracovník představuje nějak jinak a tyto Standardy tuto představu sjednocují.

R. č. 3 Standardy napomáhají, ale jen teoreticky, vždy je důležitý ke každému klientovi individuální přístup podle jeho potřeb.

R. č. 4 Napomáhají, ale hlavně vedou nové zaměstnance, kteří nemají dostatečnou praxi, aby se péče o klienta ubírala tím správným směrem.

R. č. 5 Samozřejmě, v současné době by to bez Standardů kvality v našem ústavu (a myslím, že ani v žádném jiném ústavu) nemohlo fungovat. Je třeba, aby péče byla jednotná a klient věděl, že se mu jí dostane v jakémkoli složení personálu. Chci tím říct, že každý pracovník v sociálních službách by měl s klientem pracovat stejným způsobem, aby klient věděl, co má očekávat. Je to pro něho jakási jistota.

**Otázka č. 3 – Jakým způsobem lze podle vás nejlépe rozvíjet dovednosti jedinců s mentálním postižením?**

R. č. 1 K rozvíjení jejich dovedností slouží jednak trpělivý přístup ke klientovi pokud je potřeba stálého opakování konkrétní činnosti, dokud si ji klient neosvojí. K tomu slouží aktivizační činnosti – je to jakési zaměstnávání klientů, kde se učí různým dovednostem a k tomu je potřeba kvalifikovaný personál.

R. č. 2 Činnosti a dovednosti klientů je třeba rozvíjet i za cenu vyšších finančních nákladů službu, tím myslím kvalifikovaný personál, prostory pro dílny a dostatek materiálu. Každý výrobek, který se klientovi podaří vytvořit, mu přináší velkou radost a uspokojení z výsledku jeho snažení.

R. č. 3 Pokud je dostatek personálu a finančních prostředků, pak jsou dovednosti klientů rozvíjeny, ale pokud je obojího nedostatek, tak se moc velkých pokroků docílit samozřejmě nedá.

R. č. 4 Rozvíjení dovedností klientů je cílem každého kvalitního zařízení sociálních služeb. Jedná se nejen o dovednosti v péči o jejich osobu, (jako osobní hygiena, sport), ale také manuální zručnost a výroba v aktivizačních činnostech. To byste je musela vidět, jakou pak mají obrovskou radost ze sebemenšího dílka, které se jim podaří vytvořit.

R. č. 5 Úkolem sociálních služeb je v neposlední řadě právě rozvíjení dovedností a zručností klienta, je vyvíjena snaha o co nejvíce samostatnou péči o svoji osobu - pochopitelně pokud to stav a zdraví klienta dovoluje. Pak jsou vedeni také k pomoci při různých činnostech napomáhajících běžnému chodu Domova jako je jednoduchá pomoc v prádelně, pomoc při udržování zelených ploch Domova, péče o výzdobu veřejných prostor apod. Nejvíce se však jejich dovednosti rozvíjí v aktivizačních činnostech, při kterých klienti vyrábí různé drobné předměty např. keramika, pedig, tkaní, šití apod. Tyto

výrobky pak někdy nabízíme na různých trzích k prodeji a jsou pak pro naše zařízení nejen finančním přínosem, ale hlavně obrovskou radostí klientů z jejich vlastní vykonané práce.

**Otázka č. 4 - Jaké by měly být hlavní předpoklady pracovníka v sociálních službách a pomáhajících profesích?**

R. č. 1 Psychická odolnost, laskavost, empatie

R. č. 2 Vrozená potřeba a ochota pomáhat, druhým, psychická zdatnost, trpělivost

R. č. 3 Především pokora, úcta k životu, i když je ztížen psychickým postižením, trpělivost, ochota pomáhat druhému.

R. č. 4 Dostatek znalosti a praxe v oboru sociálních služeb, empatie, psychická odolnost, vyrovnanost a ochota se stále vzdělávat, ochota pomáhat.

R. č. 5 Především potřebné odpovídající vzdělání, dokonalá psychická vyrovnanost, umění pracovat v kolektivu, umění se vcítit do potřeb klienta, ochota a vlídnost při každé činnosti.

**Otázka č. 5 – Umožňuje péče v zařízení sociálních služeb kompenzovat péči o mentálně postižené v rodině?**

R. č. 1 Ano, někdy k nám přichází klienti z bídných rodinných poměrů a ani neví k čemu je např. kartáček na zuby a tělové mýdlo.

R. č. 2 Samozřejmě, sociální zařízení je dostatečně vybaveno, aby se o klienty postaralo přinejmenším na základní odpovídající úrovni, což se o mnoha rodinách, ze kterých sem klienti přichází, říci nedá.

R. č. 3 Ano, s kvalitním personálem v našem zařízení, je vždy vidět po několika měsících pobytu klienta velký pokrok v jeho chování a samostatnosti. Někdy do našeho ústavu nastoupí klient, který neumí ani mluvit, ale pobyt v kolektivu a dostatek trpělivosti kvalitního personálu se odrazí na chování a zlepšení komunikace klienta s okolím.

R. č. 4 Ano umožňuje, ale je k tomu potřeba schopný personál sociálního zařízení na patřičné úrovni a dostatek času, který může personál věnovat klientovi.

R. č. 5 Ovšem, že umožňuje, proto taková zařízení jako je to naše existují. Tam, kde péče rodiny nestačí, přebírá úlohu péče právě konkrétní sociální zařízení.



**Otázka č. 6 – Může podle vašich zkušeností jedinec s mentálním postižením způsobit i rozpad rodiny?**

R. č. 1 Rozhodně může, z mnohaleté praxe v takovýchto zařízeních jsem se s takovými případy několikrát setkal.

R. č. 2 Může, péče o mentálně postiženého člena rodiny je velice vyčerpávající a náročná psychicky i finančně, tyto vypjaté situace mohou dost často vést k úplnému rozpadu rodiny.

R. č. 3 Nemusel by, nevidím důvod, tam kde jsou pevné citové vazby a přirozený pocit zodpovědnosti mezi jednotlivými členy v rodině, tak tam nic takového nehrozí.

R. č. 4 Ano, stává se to velice často.

R. č. 5 Ano, vím z praxe, že mentálně postižený člen rodiny dokáže způsobit někdy až psychický teror a ten po čase logicky vede někdy až k rozpadu rodiny.

**Otázka č. 7 – Jak nahlíží na klienty ústavu obyvatelé vesnice, ve které se ústav nachází?**

R. č. 1 Dá se říct, že obyvatelé obce se chovají ke klientům našeho ústavu vstřícně, někteří z klientů jsou dokonce zváni do rodin za účelem návštěvy nebo drobné výpomoci na zahradě atd.

R. č. 2 Není to jednoduché, často slyšíme kritiku od místních občanů, že dáváme klientům moc volnosti k neomezenému pohybu po vesnici, jiní občané si je naopak zvou do rodin na výpomoc, odměnou dostávají pohoštění případně malou finanční odměnu.

R. č. 3 Nevidím v tom problém, všichni jsme lidé a měli bychom se respektovat bez ohledu na nějaké zdravotní postižení.

R. č. 4 Myslím si, že obyvatelé vesnice se již naučili žít v těsné blízkosti s klienty našeho domova, někteří z nich pravidelně navštěvují rodiny – pohoštění, drobná výpomoc apod.

R. č. 5 Problém obyvatelé obce versus klienti Domova? Dle mého názoru nedochází k žádným výraznějším problémům. Naši klienti jsou místními obyvateli respektováni a je to jistě i tím, že jsou vedeni ke slušnému chování, pokud se volně pohybují po vesnici. Jsou ze strany obyvatel hodnoceni vcelku kladně za své chování při návštěvě místní prodejny Jednoty, pošty nebo zdravotního střediska. V takovémto vztahu je vždy otázkou

času, kdy si obě strany na sebe zvyknou. Náš ústav je v této obci již deset let a nezaznamenali jsme žádné větší problémy ve vztahu místních občanů a našich klientů.

### **Otázka č. 8 – Setkal jste se ve vaší profesi se syndromem vyhoření ?**

R. č. 1 V této profesi pracuji již dvacet let a je fakt, že na sobě příznaky syndromu vyhoření občas pozoruji – připadám si bez energie, vyčerpaný a mám pocit, že já již nemohu klientů nic víc poskytnout. Pro tyto případy jsou zaměstnancům našeho zařízení k dispozici každý měsíc tzv. supervize.

R. č. 2 K syndromu vyhoření dochází v naší profesi z důvodu nadměrných psychických nároků na pracovníky třeba v přímé péči. Kdo tyto problémy začíná pociťovat, má možnost je řešit se supervizorem.

R. č. 3 Syndrom vyhoření?. S tím jsem se ještě ve své práci nesetkal, tedy u sebe ne. Tuto práci dělám velmi rád, mám z ní dobrý pocit a spokojený úsměv klientů je mi vždy dostatečnou odpovědí na to, že tuto práci dělám dobře. Supervize nenavštěvuji – nemám důvod.

R. č. 4 Syndrom vyhoření – to je ten moment, kdy člověku dochází energie a má pocit, že už nemůže dál a že jeho práce nemá smysl? Tak to se mi stává často, ale mám v tom případě možnost navštívit supervizora, což je psycholog, který naše zařízení navštěvuje každý měsíc. Je sice fakt, že po pohovoru s ním se mi trochu uleví, ale někdy je nejlepší prostě úplně vypnout, vypadnout někam do přírody a nemyslet na nic....

R. č. 5 K syndromu vyhoření v pomáhajících profesích dochází poměrně často. Je to tím, že jsou kladeny velké psychické nároky na pracovníky jak v zaměstnání, tak i v rodinném životě. Řešení se nabízí formou supervizí, které zajišťujeme v našem zařízení každý měsíc. Někdy se ale i stane, že po dlouholeté práci v sociálních službách, je člověk tak vyčerpaný, že je nucen tuto práci opustit a změnit zaměstnání. K syndromu vyhoření mnohdy napomáhá i nedostatečné ocenění této práce, jak ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků, tak i ze strany státu – mám tím na mysli slabé finanční ohodnocení.

### **Otázka č. 9 – Využívají se ve vašem zařízení supervize?**

R. č. 1 Ano, využívají to pohovor napomáhající ke zlepšení psychického stavu personálu při totálním vyčerpání.

R. č. 1 Supervize míváme každý měsíc, jsou to pohovory, kde se mohou pracovníci svěřovat se svými problémy.

R. č. 3 Supervize u nás probíhají, některým lidem pomáhají, je to vlastně pohovor s psychologem pro psychicky méně odolné jedince.

R. č. 4 Ano, je to pohovor napomáhající k řešení problému na pracovišti a to mezilidské vztahy, vztah ke klientovi.

R. č. 5 Supervize se v našem zařízení samozřejmě využívají, zajišťuje je sociální poradce, který nás navštěvuje pravidelně každý měsíc. Dvakrát do roka se supervize účastní i psycholog. Podotýkám, že je to docela drahá záležitost – zařízení si tyto služby hradí samo, nicméně v této profesi je jejich využívání velmi důležité. Zaměstnanci se tzv. vypovídají a je jim naznačeno, jakým způsobem mohou přispět k řešení problémů na pracovišti, ať už mezi zaměstnanci, nebo ve vztahu ke klientům. Supervize pomáhají tzv. „léčit“ syndrom vyhoření.

**Otázka č. 10 – Jakým způsobem jsou ve vašem zařízení finančně zabezpečovány sociální služby?**

R. č. 1 Sociální služby jsou zajišťovány dotacemi, dalším příjmem jsou platby od klientů – důchody a příspěvky na péči

R. č. 2 Důchody, příspěvky na péči, dotace od státu

R. č. 3 Důchody, příspěvky na péči, dotace od státu – ty jsou ale poměrně malé, vypomáhající sponzoři.

R. č. 4 Dotace od státu, důchody, příspěvky, sponzorské dary

R. č. 5 Hospodaříme s cca 8 miliony ročně, z toho část činí dotace, další část příspěvku tvoří důchody klientů + příspěvky na péči, občas se objeví i nějaký sponzor.

**Otázka č. 11 – Mají dle vašeho názoru sociální služby fungující na profesionální úrovni v sociálních zařízeních budoucnost?**

R. č. 1 Ano, určitě, každá rodina není schopna se postarat o mentálně postiženého člena. V mnoha případech to není v jejich psychických, fyzických ani ekonomických silách.

R. č. 2 Mají, přestože je trendem v současné době poskytovat péči mentálně postiženému rodinnému příslušníkovi v rodině. Pro mnohé rodiny je to v dnešní době velké nezaměstnanosti mimo sociálních dávek, jediný zdroj příjmu. Stát v posledních letech vyčleňuje na sociální služby stále méně financí.

R. č. 3 Nevím, ale myslím si, že nejlepší sociální péči postiženému poskytuje rodina, ovšem pokud na to má všechny předpoklady – finanční prostředky a dostatek sil a vůle se o postiženého člena rodiny postarat. Protože ale tato kritéria všechny rodiny nesplňují, stále zůstává část zodpovědnosti na státu tj. na sociálních službách.

R. č. 4 Věřím, že sociální služby v ústavech a sociálních zařízeních mají nezastupitelné místo v péči o postižené občany a tím pádem mají rozhodně budoucnost.

R. č. 5 Sociální služby, vykonávané na profesionální úrovni samozřejmě budoucnost mají, ne každá rodina se může postarat o své členy i z hledem k věkové skupině našich klientů – často jsou jejich rodiče v takovém věku, že by sami potřebovali péči druhých. V poslední době sice řešíme problémy nedofinancování, ale doufám, že nová vláda bude více řešit sociální politiku. Je to jistě nutnost, už proto, že vyspělost společnosti se pozná podle toho, jak je schopná se postarat o své nejslabší členy.

#### **Otázka č. 12 - Jaká je kontrola dodržování Standardů kvality sociální péče o klienty ve vašem zařízení?**

R. č. 1 Probíhá dvěma způsoby – se strany Jihomoravského kraje a interně, ta je prováděna vedoucími namátkově při kontrole plnění povinností obslužného personálu vůči klientům

R. č. 2 Tato kontrola je prováděna ze strany zřizovatele a MPSV externě a formou namátkových kontrol interně uvnitř samotného zařízení.

R. č. 3 Na kontrolu nám chodí z kraje a pak kontrolu provádí vedoucí pracovníci při kontrolách obslužného personálu.

R. č. 4 Kontrola dodržování Standardů probíhá formou inspekci z Jihomoravského kraje a MPSV i uvnitř zařízení přes vedoucí pracovníky.

R. č. 5 Kontrola dodržování Standardů je samozřejmě velice důležitá a pro je prováděna na dvou úrovních – externě ze strany zřizovatele, kterým je Jihomoravský kraj a MPSV, do jehož rezortu péče o postižené občany patří. Druhý způsob kontroly se provádí interně – kontrolní činnost uvnitř zařízení. Vedoucí pracovník sociální péče s týmem vedoucích jednotlivých domácností provádí pravidelnou kontrolní činnost. Tato činnost spočívá v důsledném prověřování plnění povinností obslužného personálu vůči klientům. Další kontroly jsou prováděny namátkově zaměstnanci, kteří vzájemně sledují dodržování etického kodexu, který podepisují při nástupu do zaměstnání v pracovní smlouvě.

#### 5.4 Shrnutí výsledků šetření

V této kapitole bych se ráda pokusila o shrnutí výsledků šetření. Na výzkumné otázky odpovídalo celkem pět respondentů z řad zaměstnanců sledovaného zařízení, jejichž věk se pohyboval od 42 – 56 let. Doba praxe v požadovaném oboru u zaměstnanců trvala nejméně osm let a nejdelší dvacet dva let. Rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře prostorů zařízení a každý z respondentů byl ochotný odpovědět na všechny kladené otázky.

Na otázku č. 1, Jaký mají názor na Standardy kvality, se mi dostalo od všech pěti respondentů fundovaných a vyčerpávajících odpovědí, ze kterých vyplynula jejich absolutní znalost dané problematiky. Standardy jsou podle všech dotazujících hodnoceny pozitivně, jsou dle jejich názoru prospěšné, potřebné a nutné.

Na otázku č. 2, Zda dle jejich zkušeností napomáhají Standardy ke zkvalitnění samotné péče, odpověděli všichni respondenti kladně. Standardy jim nejvíce pomáhají v tom smyslu, že jsou pro ně jakýmsi přesným návodem, jak v péči o postižené postupovat.

Otázka č. 3, Jakým způsobem, nebo čím se dají nejlépe rozvíjet dovednosti jedinců s mentálním postižením, se všech pět respondentů odvolávalo na tzv. aktivizační činnosti, které jsou důležitou a nedílnou součástí výchovy a působení na klienty.

V otázce č. 4, Jaké by měly být předpoklady pracovníka v sociálních službách, zazněly odpovědi jako: laskavost, empatie, odbornost a ochota pomáhat druhým, ale ani v jedné odpovědi nechyběla zmínka o psychické odolnosti, což mne opět utvrdilo v přesvědčení, že tato profese je náročná především na psychiku zaměstnanců.

Na otázku č. 5, zda umožňuje péče v zařízení sociálních služeb kompenzovat nedostatečnou péči o mentálně postiženého člena v rodině, bylo opět odpovězeno všemi respondenty kladně s dodatkem, že většina klientů přijata do tohoto zařízení přišla z rodin, kde péče o ně byla opravdu nedostačující.

Otázka č. 6, zda může dle jejich zkušeností z praxe jedinec s mentálním postižením způsobit i úplný rozpad rodiny, bylo ve čtyřech případech odpovězeno kladně a jeden z respondentů o tom přesvědčen nebyl.

Na otázku č. 7, Jak nahlíží obyvatelé obce, kde se zařízení nachází, na klienty ústavu se opět všech pět respondentů shodlo v tom, že soužití s postiženými jedinci nevytváří žádný výraznější problém a že většina místních občanů si klienty dokonce zve do rodin na případné drobné výpomoci.

Z otázky č. 8, zda se dotazovaní někdy setkali ve své praxi se syndromem vyhoření, vyplynul již zmíněný fakt, že tato profese zatěžuje především psychiku zaměstnanců a tak, až na jednoho respondenta se všichni ostatní s tímto problémem ve své práci setkali.

Otázka č. 9, zda se ve sledovaném zařízení využívají supervize, byla opět zodpovězena všemi respondenty téměř totožně, že se využívají a že je to v této profesi opravdová nutnost.

Z otázky č. 10, Jakým způsobem je zabezpečeno finanční zajištění sociálních služeb ve sledovaném zařízení, vyplynuly z odpovědí v podstatě tři základní zdroje financování, kterými jsou datace od státu, důchody klientů a příspěvky na péči. Okrajově zmíněné sponzorské dary se vyskytují opravdu jen sporadicky.

Na otázku č. 11, zda dle názoru zaměstnanců mají profesionální sociální služby budoucnost, reagovalo všech pět respondentů shodně. Většina z nich je přesvědčena, že není mnoho rodin s mentálně postiženým členem, které jsou schopny se o něho postarat na přijatelné úrovni, zvláště pokud jde o jedince vyššího věku (a tito právě tvoří klientelu zdejšího zařízení) a tím i o rodiče jedince ve vyšším věku, kteří by se měli, nebo chtěli o člena rodiny postarat.

Na otázku č. 12 byla odpověď všech respondentů téměř stejná - tato kontrola probíhá ve dvou rovinách externě a interně. Externí kontrolu provádí sám zřizovatel zařízení, kterým je Jihomoravský kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí formou inspekcí. Interní kontrola probíhá uvnitř samotného zařízení ve formě kontrolní činnosti vedoucích, kteří provádí důsledné prověřování plnění povinností obslužného personálu vůči klientům.

## **5.5 Závěr výzkumného šetření**

V praktické části této bakalářské práce jsem chtěla prostřednictvím strukturovaného rozhovoru nahlédnout do života osob s mentálním postižením v konkrétním zařízení, nastínit problematiku uvádění do praxe Standardů kvality péče o osoby s mentálním postižením v tomto zařízení a zjistit, jak probíhá kontrola jejich dodržování.

Výzkumu se zúčastnilo pět respondentů z řad zaměstnanců zařízení. Rozhovory probíhaly přímo ve jmenovaném zařízení individuálně s každým respondentem.

V závěru výzkumného šetření uvádím odpovědi na dané výzkumné otázky:

**Otázka č. 1 - Jak jsou naplňovány Standardy kvality sociálních služeb pro mentálně postižené v konkrétním zařízení pro mentálně postižené?****Standard č. 1 – Cíle a způsob poskytování služeb**

Domov je rozdělen na jednotlivé domácnosti a tím se snaží přibližovat rodinnému způsobu života, klienty aktivizují v dílnách i v domácnostech v areálu domova, dodržují zákonné vzdělávání zaměstnanců – především zaměřené na poskytování kvalitní péče. Pravidelně se setkávají s vedoucími jednotlivých domácností, kde probíhá řešení akutních problémů, a případných neshod, organizační záležitosti a metodické postupy, dle doručených podkladů řeší ihned stížnosti na kvalitu sociální služby, pravidelně informují o aktivitách klientů veřejnost na webovém portále, podnikají s klienty individuálně či skupinově procházky, nákupy a výlety a provádí částečnou supervizi zaměstnanců vedoucí ke zkvalitnění sociální služby

**Standard č. 2 – Ochrana práv osob**

Vedení ústavu se pravidelně se setkává s vedoucími jednotlivých domácností, kde probíhá řešení aktuálních problémů sporů, probíhají schůzky s opatrovníky, opatrovníci se informují písemně o změnách v záležitosti klienta, o naplňování práv klientů a o aktivní obraně práv klientů – klienti chodí na nákupy do místního obchodu, dostávají motivační kapesné, klientům jsou umožněny samostatné vycházky mimo domov. Řeší se stížnosti na kvalitu a způsob poskytování sociální služby, stížnosti jsou možné i anonymně v písemné formě vhozením do určené schránky apod.

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

Provádí se sociální šetření v místě pobytu žadatele, což je metoda, která se zde osvědčila. Zájemcům se doporučují osobní návštěvy Domova u lesa pro zmapování areálu, podporuje se zde svobodné rozhodnutí žadatele o službu, při jednání s žadatelem o službu se účastní vedoucí sociálního úseku, vedoucí sociální pracovnice a koordinátor.

**Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby**

Všechny sdělované informace jsou na všech místech a ve všech materiálech sjednocené, aktivně se snaží o to, aby jimi prezentované informace odpovídali skutečnosti. Smlouvy podepisují oprávněné osoby (klienti, opatrovníci), snaží se zde o porozumění smlouvám o poskytování sociální služby klienty za přítomnosti opatrovníků a rodinných příslušníků.

Klienti i opatrovníci jsou při podpisu smlouvy o poskytování sociální služby seznamováni se všemi přílohami v srozumitelné formě.

#### **Standard č. 5 – Individuální plánování a průběh sociální služby**

Je zde snaha individualizovat práci s klienty aktivní činností – podpora klientům a poskytování péče dle individuálních potřeb a přání klientů, jsou zde rozděleny domácnosti dle míry podpory klientům – v I. NP jsou umístěny klienti s vyšší mírou podpory (k tomu je vyčleněno více pracovníků na domácnosti), ve II. NP jsou umístěny klienti s nižší mírou podpory (větší zapojení do aktivizačních činností a společných aktivit)

#### **Standard č. 6 – Dokumentace o poskytované sociální službě**

Od roku 2013 změnili osobní spisovou dokumentaci na individuální spisovou dokumentaci (obsahem je více dokumentů), která je uložena na sociálním úseku u vedoucí. Na nástěnkách domácností nejsou citlivé údaje o klientech, na webovém portálu jsou umístěny informace o klientech bez identifikačních údajů a fotografie se souhlasem opatrovníka. Sociální spisová dokumentace, individuální spisová dokumentace a zdravotní ošetrovatelská dokumentace jsou uloženy v uzamykatelných místnostech. K dokumentům uložených v PC a programu IS Cygnus se lze dostat pouze po přihlášení, heslem je zabezpečen přístup k informacím o klientech. Klienti mají možnost nahlédnout do veškeré dokumentace, která se jich týká.

#### **Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu či způsob poskytované služby**

Klienti domova ví o možnosti podat stížnost – ať už na jiného klienta či zaměstnance Domova u lesa, jsou informováni klíčovými pracovníky. Pravidelně dochází k setkávání s vedoucími jednotlivých domácností, kde probíhá řešení akutních problémů, sporů, podávají se podněty ke stížnostem, dle doručených podkladů řeší ihned stížnosti na kvalitu sociální služby, informují se o řešení stížnosti účastníky stížnosti – u jednání je přítomný stěžovatel, klíčový pracovník, popř. vedoucí domácnosti, vedoucí sociální pracovnice, vedoucí sociálního úseku popř. koordinátor. Stížnosti jsou vyřizovány v daném termínu, řešení stížnosti lze ověřit u klientů či vedoucích domácností. Stížnosti anonymní je možné vhodit do schránek umístěných v areálu.

#### **Standard č. 8 – Návaznost poskytovatele služby na další služby**

Klienti se aktivizují v dílnách (pedig, šicí dílna, stolařská dílna, zahrada, drobnochov) a na domácnostech v areálu domova, jsou jim umožněny osobní nákupy v Tavíkovcích,



v Moravském Krumlově, ve Znojmě. Pořádají se zde pro klienty kulturní a společenské akce – účasti na koncertech, bowling na Sýpce Jevišovice – 1x měsíčně, divadelní představení ve Znojmě, v Brně a v Třebíči, pořádají se sportovní a rehabilitační aktivity – bazén v areálu Domov u lesa, lázně Znojmo, koupaliště Únanov, rekreační pobyty – pobyt v Rešicích, Chvaleticích, pobyt na horách, pořádají se výlety – ZOO Jihlava, Brno. Zařízení spolupráce s různými organizacemi – Obec Tavíkovice, Knihovna Moravský Krumlov. Funguje zde běžné udržování rodinných, přátelských, partnerských vztahů klientů s osobami mimo domov

#### **Standard č. 9 – Personální zajištění**

Domov u lesa nastavuje personální obsazení služby v závislosti na potřebách jednotlivých domácností (jsou limitováni finančními a provozními podmínkami), probíhají zde výběrová řízení na všechny pozice, probíhá zde i externí i interní vzdělávání a podpora všech pracovníků. V domově příležitostně působí také studenti, praktikanti a stážisté.

#### **Standard č. 10 – Profesní rozvoj pracovníků**

V domově probíhá pravidelné vzdělávání zaměstnanců o postupech a metodách poskytování sociálních služeb dle jednotlivých profesních zařízení. Probíhají zde individuální pohovory a podpora nadřízených pracovníků zejména u zaměstnanců v přímé péči. Konají se pravidelné porady s vedoucími domácností, případně s aktivizačními pracovníky – řešení vzniklých situací, plánování poskytování sociálních služeb, dochází zde k výměně informací mezi pracovníky – „knihy hlášení“ na jednotlivých domácnostech, vzkazy, nástěnky apod. Poskytují se finanční odměny zaměstnancům, ústní ocenění dobré práce individuální i veřejné atd. Zajišťují se kvalifikovaní pracovníci, především pro zaměstnance v přímé péči (skupinové supervize, supervize krizových situací, konzultace s odbornými pracovníky apod.)

#### **Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované služby**

Umístění domova je již dané, (na okraji obce) a pro klienty ideální a zcela vyhovující, neboť klienti z větší části pochází z venkovského prostředí. Je zde nepřetržitý provoz – sociální a ošetrovatelská péče je poskytována 24 hodin denně. Služby jako např. pedikúra, rehabilitace, knihovna jsou poskytovány dle potřeb jednotlivých klientů v pracovní dny, některé služby jsou v provozu jen po omezenou dobu – ekonomické oddělení, jídelna, aktivizační činnosti. Zařízení je bezbariérové a umožňuje klientům využívat veškeré zázemí dostupné v areálu i mimo něj. Dopravní dostupnost – 300 m od zařízení se nachází

autobusová zastávka, dostupnost kulturní – Městské divadlo Znojmo, kino Moravský Krumlov, Jihomoravské muzeum Znojmo, knihovny – domov, Moravský Krumlov, Tavíkovice, různé kulturní akce pořádané agenturami ve Znojmě a Moravském Krumlově.

Dostupnost zdravotních služeb – praktický lékař pro dospělé (ordinace v domově), psychiatr (ordinace v domově), ordinace zubního lékaře v Tavíkovících, poliklinika Moravský Krumlov, nemocnice Znojmo a Ivančice.

#### **Standard č. 12 – Informovanost o poskytování služeb**

Všechny sdělované informace jsou na všech místech a ve všech materiálech sjednocené a je zde aktivní snaha o to, aby prezentované informace odpovídaly skutečnému stavu – nabízí zde pouze to, co jsou schopni nabídnout a reprezentují pouze to, co umí a jací jsou.

Preferuje se zde osobní seznamování zájemců o službu se zařízením, doporučují osobní návštěvu domova po přijetí žádosti do evidence žadatelů o sociální službu. Konají se zde dny otevřených dveří, pořádají se prodejní výstavy výrobků klientů, možnost zakoupení výrobků přímo na hlavní budově domova, prezentují výrobky klientů na webovém portálu, a pravidelně aktualizují informace o domově a dění v domově na webovém portálu.

#### **Standard č. 13 – Prostředí a podmínky**

Ne v celém zařízení lze poskytnout klientům takové bydlení, které by zaručovalo dostatek soukromí a pocit domácího prostředí, proto se chystá přestěhování části klientů z hlavní budovy do zámku, kde je bude možno rozdělit. V některých prostorách zařízení jsou vícelůžkové pokoje, společná sociální zařízení – je tomu tak u klientů, kteří vyžadují zcela individuální přístup a maximální péči s vysokou mírou podpory. Na péči o své soukromé prostory se podílí i samotní klienti – jsou-li toho schopni a podílí se i na péči o veřejné prostory zařízení – pomoc při péči o květiny, pomoc při úklidu zařízení apod. Převládá zde snaha o minimalizaci režimových prvků a vytvoření menších komunit – domácností, což vede k navození atmosféry domácího (rodinného) prostředí.

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

Klienti se zde seznamují s rizikovými situacemi v průběhu poskytování sociální služby, což obsahuje vypracovávání rizikových plánů, nácviky zvládání některých dovedností, ovládání elektrospotřebičů, zvládání samostatných vycházek včetně bezpečnosti silničního provozu atd. Aktivně se nacvičuje opuštění zařízení po evakuačních schodištích, eviduje se nouzové a havarijní opatření v souvislosti s poskytováním sociální služby.

**Standard č. 15 – Zvyšování kvality v poskytované službě**

Probíhají pravidelné porady vedoucích pracovníků domova, namátkové kontroly v přímé péči (způsoby poskytování služby, dodržování práv, dodržování řádu a harmonogramu domácností apod.) – výstupy se následně ukládají u vedoucí oddělení sociální péče. Dle doručených podkladů se ihned řeší stížnosti na kvalitu sociální služby a pravidelně probíhá řešení akutních problémů a sporů atd.

**Otázka č. 2 - Jak je možno lépe rozvíjet dovednosti a kompenzovat nedostatky mentálně postižených klientů?**

Dovednosti klientů se právě nejvíce rozvíjí v již zmiňovaných aktivizačních činnostech, které jsou důležitou a nedílnou součástí výchovy a působení na klienty. Jedná se o pracovní dílny jako např. pedig, šicí dílna, stolařská dílna, zahrada, drobnochov, keramická dílna, kde se klienti dle svého výběru svým způsobem seberealizují a vytváří drobné předměty, které se následně vystavují i prodávají za symbolické ceny. Takto vyrobený sebemenší předmět jim přináší nevýslovnou radost a potěšení.

**Otázka č. 3 - Může mentálně postižený člen v rodině způsobit i rozpad rodiny?**

Všechny odpovědi mého výzkumu na tuto otázku směřovaly ke kladným vyjádřením v tom smyslu, že takto postižený člen může opravdu způsobit úplný rozpad rodiny a to z důvodu stálé psychické, ale i finanční náročnosti. Tyto odpovědi v podstatě potvrdili četné závěry odborníků, kteří uvádí, že k takovým případům často dochází. Tímto závěrem se potvrdil i můj předpoklad, že jsou tato zařízení potřebná, perspektivní a nutná, že mají opravdu budoucnost pro důstojný způsob života mentálně postižených jedinců.

**Otázka č. 4 - Jak nahlíží obyvatelé na postižené spoluobčany v místě, kde dochází k jejich těsnému soužití?**

Tato otázka byla k mému překvapení také zodpovězena kladně. Místní občané se v podstatě v průběhu času naučili s klienty ústavu žít vedle sebe a dokonce si jich většina občanů obce zve do rodin na drobné pracovní výpomoci, na občerstvení apod. Zpočátku se sice objevovaly námitky na to, že klientům domov umožňuje až moc velkou volnost pohybu, ale časem se tyto dvě zdánlivě odlišné skupiny lidí naučili používat stejnou řeč.

**Otázka č. 5 – Jak probíhá kontrola dodržování Standardů kvality sociální péče o klienty zařízení?**

Odpověďmi na tuto otázku jsem došla ke zjištění, že stejně tak, jak jsou důležité samotné Standardy svým uváděním do praxe, tak je neméně důležitá jejich kontrola. Tato probíhá na několika úrovních, externě ze strany zřizovatele, kterým je Jihomoravský kraj, ve formě inspekcí a interně uvnitř zařízení formou pravidelných kontrolních činností vedoucího pracovníka sociální péče s týmem vedoucích jednotlivých domácností, kteří prověřují namátkově plnění povinností obslužného personálu v přímé péči vůči klientům, navíc zaměstnanci vzájemně sledují dodržování etického kodexu, který podepisují při nástupu do zaměstnání v pracovní smlouvě.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem chtěla objasnit problematiku Standardů kvality sociální péče o osoby s mentálním postižením, a to: co jsou Standardy kvality sociální péče, k čemu slouží, jak se aplikují do praxe, jak probíhá kontrola jejich zavádění do praxe a jaký mají přímý vliv na osoby s mentálním postižením. Řídit se těmito Standardy ukládá Zákon o sociálních službách, a tak se má práce okrajově dotkla i objasnění tohoto zákona.

Při zpracování teoretické části bakalářské práce jsem hojně čerpala z dostupné odborné literatury těch autorů, kteří se na danou problematiku zaměřují, z periodik odborných časopisů i internetových zdrojů.

První kapitola je proto zaměřena na zjištění, co je to mentální postižení a jaký je nebo může být život mentálně postižených jedinců. Ve druhé kapitole jsem se pokusila osvětlit postoje společnosti k lidem s tímto zdravotním postižením, jak může o ně vypadat péče v rodině a o jejich možnostech profesionální péče. Třetí kapitola je zaměřena na práva osob s mentálním postižením, na jejich právo na začlenění do běžného života a zpětné ohlednutí na jejich práva v mezinárodních dokumentech. Ve čtvrté kapitole je objasněn již zmíněný Zákon o sociálních službách a samotné Standardy kvality sociální péče. Část této kapitoly je věnována ještě úrovni sociálních služeb, jejich dostupnosti a způsobu zajišťování jejich kvality.

V praktické části mé bakalářské práce jsem se zaměřila na zjištění problematiky zavádění Standardů kvality sociální péče do praxe a v neposlední řadě i na kontrolu toho, jak jsou tyto Standardy dodržovány v konkrétním zařízení Domov u lesa v obci Tavíkovice.

Šetřením jsem zjistila, že se těmito návody na realizaci správné a kvalitní sociální služby a péče potřebným jedincům v tomto zařízení opravdu řídí. A co víc, sami zaměstnanci jsou přesvědčeni, že jejich dodržování opravdu přináší klientům prospěch, pocity jistoty, řádu a hlavně, že jim přináší pokroky, což by mělo být hlavní prioritou edukační práce všech zaměstnanců v takových zařízeních.

Kontrola dodržování Standardů kvality je dle mého šetření také dostačující již z toho důvodu, že není zaměřena jednostranně, ale probíhá na více úrovních, namátkově a ještě mezi zaměstnanci samotnými, což vede k tomu, že by neměla v praxi nastat situace, kdy by se povinnosti zaměstnanců zanedbávaly. Navíc jsem přesvědčena, že tuto práci mohou dělat pouze lidé, kteří jsou si vědomi její důležitosti a přesvědčeni o tom, že tato práce má

smysl a že se nedá v některém směru „ošidit“, nebo jen „nějak přečkat“ pracovní dobu. Jak vyplývá i mého šetření, tak si všichni respondenti uskutečněných rozhovorů představují správného sociálního pracovníka s empatií, s trpělivostí a vrozenou ochotou pomáhat druhým, což nějaké zanedbávání povinností přímo vylučuje.

Česká republika se v posledních letech zařadila mezi státy, které si uvědomují zvýšenou odpovědnost za odstraňování bariér bránících občanům se zdravotním postižením v plnohodnotné účasti na životě společnosti. Proto byly v posledním období přijaty různé plány a návody, které mají přispět ke zlepšení jejich postavení ve společnosti. Nutno říci, že ne všechna rozhodnutí a usnesení jsou „šťastná“ a pomáhají tam, kde opravdu mají, ale uložení povinnosti řídit se Standardy kvality sociální péče a aplikovat je do praxe, bylo velkým krokem ke zlepšení úrovně života jedinců s různým zdravotním postižením a tím i jedincům, kterých se celá moje práce týká a to jedincům s mentálním postižením.

Díky této práci a praxi v takovém zařízení jsem si utřídila informace i názor na jedince s mentálním postižením jako takové. Doufám, že i případní čtenáři mojí práce zde najdou odpovědi na své dosud nezodpovězené otázky a pomůže jim to uvědomit si, že mezi námi žijí lidé, kteří s námi i přes svoji odlišnost chtějí žít a patřit mezi nás.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANDERLE, T. *Nové trendy v předprofesní a profesní přípravě žáků se speciálními potřebami*. Praha: Speciální pedagogika, 2005. ISSN: 1211-2720.
- [2] BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988.
- [3] ČERNÁ, M. *Lehká mozková dysfunkce*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993. ISBN 80-7066-597-1.
- [4] DVOŘÁKOVÁ, Z. a kol. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.
- [5] HNILICOVÁ, H. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-86625-20-6.
- [6] JASENSKÝ, J. *Integrace – znamení doby: sborník z odborné konference*. Praha: UK, 1998.
- [7] JESENSKÝ, J. *Zdravotně postižení – programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudemus, 2003. ISBN 80-7041-234-8.
- [8] JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standard kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86-552-45-4.
- [9] KOZÁKOVÁ, Z.: *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- [10] KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, R. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 1. vyd. Praha: ANAG, spol. s r.o., 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.
- [11] LEČBYCH, M. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
- [12] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- [13] MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [14] MICHALÍK, J. *Právo a etika v péči o nemocné a postižené*. 1. vyd. Moravskoslezský kruh, o.s., 2007. ISBN 978-80-239-9250-2.
- [15] NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 80-7367-509-7.

- [16] MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-62-4.
- [17] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2512-3.
- [18] PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 86-7254-657-0.
- [19] PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- [20] STRUSKOVÁ, O. *Děti z planety D.S.*. Praha: G plus, 2000. ISBN 80-86103-31-5.
- [21] ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [22] VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- [23] VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- [24] VAŠEK, Š a kol. *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. ISBN 80-08-01217-X.
- [25] VÁGNEROVÁ, M., MAUSSOVÁ, H., Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.

### Časopisecké zdroje:

Odborný časopis Sociální služby vydáný Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky, listopad 2012

Bulletin Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky, květen 2013

### Internetové zdroje:

*Inspekce sociálních služeb* [online]. 2007 [cit. 2014-02-24]. Dostupný z WWW: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce\\_verejnost\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5782/inspekce_verejnost_final.pdf)

*Standardy kvality sociálních služeb* [online]. 2009 [cit. 2014-01-12]. Dostupný z WWW: <http://www.ledax.cz/pro-verejnost/standardy-kvality-socialnich-sluzeb.html>



*Mezinárodně-právní standardy* [online]. 2009 [cit. 2014-03-12]. Dostupný z WWW:  
<http://www.lidskaprava.poradna-prava.cz/meznicrodne-pravni-standardy-332/zdravotni-postizeni.html>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

P 1 Domov u lesa Tavíkovice pro osoby s mentálním postižením.

P 1 Domov u lesa Tavíkovice pro osoby se zdravotním postižením poskytující pobytové sociální služby formou celoročního pobytu osobám starším 18 let s mentálním postižením.

