

**Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická**

**Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené
s přihlédnutím k situaci ve Švédsku**

Tereza Sejkorová

**Bakalářská práce
2009**

Vedoucí práce: Mgr. Lada Viková

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Katedra sociálních věd
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza SEJKOROVÁ**

Studijní program: **B6703 Sociologie**

Studijní obor: **Sociologie**

Název tématu: **Komparace ústavní a rodinné péče zdravotně postižených v České republice s náhledem do problematiky sociálního systému ve Švédsku**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Studentka provede komparaci odborných textů, kterou doplní vlastním empirickým výzkumem. Zaměří se na definici pojmu zdravotně postižený, jaké druhy sociálních služeb pro zdravotně postižené Česká republika nabízí, na jaké příspěvky mají tito občané nárok. Bude se také zabývat dostupností informací, přístupností k daným problémům a možnostmi pracovního uplatnění zdravotně postižených. Pokusí se porovnávat možnosti ústavní a rodinné péče. Snahou bude proniknout do sociálního systému Švédska.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- Matoušek, O. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005**
- Novosad, L. Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000**
- Lisá, H. Obce, města, regiony a sociální služby. Praha: Socioklub 1997**
- Řezníček, I. Metody sociální práce. Praha: Sociologické nakladatelství 1994**
- Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Ministerstvo práce a sociálních věcí 2003**
- Úlehla, I. Umění pomáhat, učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství SLON 2005**
- Arnoldová, A. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení II. část – Sociální péče. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum 2001**
- Tošner, J., Sozanská, O. Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Praha: Portál, s. r. o. 2002**
- Matoušek, O. Ústavní péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999**

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lada Viková
Katedra sociálních věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2008

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. března 2009



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.

děkan

L.S.



PhDr. Lívia Šavelková, Ph.D.

vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. listopadu 2008

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 25. 03. 2009

Tereza Sejkorová

Dovoluji si vyjádřit poděkování paní Mgr. Ladě Vikové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, taktéž za ochotu a pomoc při vypracování této práce. Děkuji panu PhDr. Jaroslavu Paulovičovi, slečně Daniele Denkrové, DiS. z Domova pod Kuňkou v Rábech a paní Jitce Šidákové z Denního centra Svítání v Nemošicích za trpělivost, poskytnuté informace a rady.

SOUHRN

Práce je věnována problematice zdravotně postižených osob, zejména mentálně postiženým. Tematické zaměření práce vyplynulo z dobrovolnické činnosti v Domově pod Kuňkou a v Denním centru Svítání, zařízeních pro mentálně postižené v Pardubickém kraji, kde byly získány praktické informace od zkušených zaměstnanců (dotazníky, rozhovory) i od klientů (cílené rozhovory, zúčastněná pozorování). Byla uskutečněna zúčastněná pozorování v rodině mentálně postižené osoby.

V ČR se rozvíjí program transformace sociálních služeb, jehož záměrem je eliminovat nedostatky kolektivního způsobu života postižených, respektovat individualitu osobnosti a umožnit integraci klientů do majoritní společnosti. Vzorem je Švédsko, které prokazuje vysokou transformační aktivitu, domovy pro trvalý pobyt klientů byly prakticky zrušeny, zdokonaluje se individuální péče.

Z průzkumu je zřejmé, že uvedená zařízení trpí nedostatkem prostředků a kvalifikovaných pracovníků (nízké finanční ohodnocení). Komunikace s klienty mentálně postiženými je náročnější, závisí na hloubce postižení a jejich individualitě. Proces transformace je dlouhodobý a finančně náročný, vyžaduje vybudování servisních a asistenčních center, výchovu klientů i většinové společnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

- vada, postižení, znevýhodnění
- zdravotní postižení, mentální postižení

- ústavní péče, rodinná péče
- transformace, deinstitucionalizace, humanizace, integrace
- švédský sociální systém, redistribuce
- Denní centrum Svítání v Nemošicích
- Domov pod Kuňkou v Rábech

TITLE

Institutional and family care for handicapped people in the Czech Republic in the respect to Sweden

ABSTRACT

The work deals with a problem of handicapped people, especially the mentally handicapped ones. Thematical orientation of the bachelor thesis followed voluntary activity in „Domov pod Kuňkou“ and in „Denní Centrum Svítání“, in institutions for mentally disabled in Pardubice Region, where information was sourced from experienced employees (questionnaires, interviews) and also from clients (pointing interviews, concerned observation).

In the Czech Republic the programme of social services transformation develops. Its aim is to eliminate deficits of collective way of life of handicapped people, with respect to individuality of each personality and enable integration of clients into the majority society. Sweden is considered to be the example, which proves high transformation activity, where housing for permanent residency of clients has been practically cancelled, the individual care is being inovated.

From the research it is obvious that the mentioned institutions suffer of resources and qualified workers deficits (low wages). Communication with mentally handicapped clients is more challenging. It depends on the level of handicap and also their individuality. It is a long-term, financially demanding, transformation process, which requires building of service and assistance centres, education of clients as well as the majority society.

KEYWORDS

- impairment, disability, handicap
- handicapped ones, mental handicap
- institutional care, home care
- transformation, deinstitutionalition, humanization, integration
- swedish social system, redistribution
- „Domov pod Kuňkou“
- „Denní centrum Svítání“

OBSAH:

1.0	ÚVOD	11
2.0	TEORETICKÁ ČÁST	12
2.1	Definice zdravotního postižení (ZP)	12
2.2	Občané se zdravotním postižením	13
2.2.1	Typy zdravotního postižení	14
2.2.2	Stupně zdravotního postižení	14
2.3	Mentálně postižení lidé	15
2.3.1	Mentální retardace (MR)	16
2.4	Sociálně ekonomické aspekty	16
2.4.1	Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.	17
2.4.1.1	Příspěvek na péči	18
2.4.1.2	Dávky sociální péče	18
2.5	Zařízení sociální péče v ČR	19
2.5.1	Ústavní péče	21
2.5.1.1	Ústavní zařízení	21
2.5.1.2	Personální zajištění	22
2.6	Rodinná péče	23
2.6.1	Rodinné zázemí	23
2.6.2	Podpůrné programy	24
2.7	Komunikace, integrace a socializace	24
2.7.1	Komunikace	24
2.7.2	Integrace	25
2.7.3	Socializace	25
2.8	Zahraniční zkušenosti	26
2.8.1	Sociální systém ve Švédsku	27
2.8.1.1	Příspěvek na péči	29

	2.8.1.2 Osobní asistence	29
	2.8.1.3 Příspěvek na dopravu	30
3.0	EMPIRICKÁ ČÁST	31
	3.1 Ústavní zařízení a denní stacionář	31
	3.1.1 Denní centrum Svítání v Nemošicích	31
	3.1.2 Domov pod Kuňkou v Rábech	33
	3.1.2.1 Příprava transformace	34
	3.2 Cíl a metodologie výzkumu	35
	3.3 Objekt výzkumu	37
	3.3.1 Domov pod Kuňkou	37
	3.3.1.1 Rozhovor	37
	3.3.1.2 Dotazníky	39
	3.3.1.3 Zúčastněné pozorování v DPK	48
	3.3.2 Denní centrum Svítání	50
	3.3.2.1 Zúčastněné pozorování v Denním centru Svítání	50
	3.3.3 Péče v rodině	51
	3.3.3.1 Zúčastněné pozorování v rodině mentálně postiženého občana	51
	3.4 Výsledky a hodnocení	52
4.0	DISKUZE	57
5.0	ZÁVĚR	60
6.0	POUŽITÁ LITERATURA	63
7.0	PŘÍLOHY	

1.0 ÚVOD

Zdraví i nemoc patří k životu člověka. Důsledkem nemoci, úrazu nebo vrozené vady může být trvalé zdravotní postižení. Specifickým problémem jsou zejména kategorie mentálních vad. Smysl pro sociální sounáležitost vychází z našich národních tradic a je samozřejmou součástí civilizovaného světa. Kategorizace zdravotně postižených občanů ČR, míra a stupeň handicapu, hodnocení aktuálního zdravotního stavu a potřeb určují zákony a předpisy, podobně jako v dalších evropských zemích.

Tematické zaměření této práce vyplynulo z dobrovolnické činnosti v sociálních zařízeních pro zdravotně postižené Pardubického kraje a z krátkého studijního pobytu ve Švédsku.

Komparace českého systému péče se švédským je jednoznačná, současná úroveň sociální péče v ČR odpovídá Švédsku z padesátých let minulého století. Ústavní péče byla ve Švédsku prakticky zrušena náhradou za podporovanou rodinnou péči a komunitní způsob života postižených ve společnosti zdravých lidí. Masivní odborná a ekonomická podpora je zřejmá, je vytvořena síť asistenčních a pečovatelských služeb.

Zprostředkované informace byly získány během studijního pobytu ve Švédsku. Později byla vyžádána fakta o sociálním systému a službách pro mentálně postižené od Velvyslanectví Švédského království se sídlem v Praze a také od Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí se sídlem ve Stockholmu, obě instituce doposud neodpověděly. Porovnání se Švédskem se opírá o ústní sdělení, knižní a internetové zdroje.

Sociální a zdravotní péče o postižené občany je značně náročná z hlediska ekonomických nákladů, potřebného počtu pečujících osob a systému individuální péče. V ČR zvolna začíná transformační proces systému sociální péče po švédském vzoru.

2.0 TEORETICKÁ ČÁST

Pojem „zdravotně postižený“ vyvolává představu člověka na invalidním vozíku nebo s berlemi či holí. Jedná se však o různorodou skupinu lidí s rozdílnými problémy a potřebami. Kromě tělesného, zrakového, sluchového, duševního onemocnění včetně vnitřního onemocnění orgánů patří do této kategorie také mentálně postižení. [Bubeníčková 2002-2008: online]

2.1. Definice zdravotního postižení (ZP)

Definice zdravotního postižení v různých zemích není jednotná. Jednoduchá definice užívaná u nás pro účely zdravotního pojištění zní: „Zdravotní postižení může být definováno jako „stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady“. [Vysokajová 2005: 25]

Naše legislativa uvádí terminologii zdravotních postižení, které slouží k posouzení pracovních schopností člověka (invalidní občan, částečně invalidní občan, občan se sníženou pracovní schopností a s těžším zdravotním postižením, částečně/převážně/úplně bezmocný občan). [Bubeníčková 2000-2008: online]

„Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí ve své Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění (1980) následující definice:

Vada (Impairment): Jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.

Postižení (Disability): Jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální.

Znevýhodnění (Handicap): Nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.“ [Bubeníčková 2000-2008: online]

2.2 Občané se zdravotním postižením

Odhad počtu zdravotně postižených lidí na světě činí 5 až 19 % celkové populace. Oficiální údaje o zdravotně postižených občanech ČR, jejich počtu, stupních postižení a sociálně ekonomických potřebách jsou publikovány na webových stránkách Českého statistického úřadu. [Bubeníčková 2002-2008: online]

Oficiální zdroje Českého statistického úřadu (ČSÚ) ve výsledcích výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007 uvádějí tyto statistiky, v populaci ČR je evidováno 10 322 689 obyvatel a bylo v té době statisticky zjištěno 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což je 9,84 % celé populace (každý 10. občan). Více než sto tisíc lidí v ČR trpí mentálním postižením, přesněji uvedeno 58 675 mužů a 48 024 žen, celkem tedy 106 699 obyvatel s mentálním postižením. Nejčastější příčinou mentálního postižení je vrozená vada u počtu 62 257 občanů, u 25 502 lidí bylo toto postižení způsobeno nemocí, u 7 123 občanů způsobeno stářím a u 5 207 občanů bylo toto postižení způsobeno úrazem, u ostatních 6 610 obyvatel nebyla neuvědomena příčina postižení. Tento překvapivě vysoký počet

zdravotně postižených odpovídá evropskému průměru. [ČSÚ 2008: online], [Příloha č. 1], [Příloha č. 2]

V literatuře uváděné údaje nemusí být plně srovnatelné, protože závisí na způsobu výpočtu a posuzování míry postižení v jednotlivých zemích. Zejména v některých afrických a jihoafrických oblastech žije nezjištěný počet osob těžce handicapovaných (následky dětské obrny a infekčních chorob z nedostatku hygieny) bez jakékoliv sociální péče.

Občanské sdružení Socioklub na zakázku MPSV ČR zpracovalo v roce 2001 analýzu socioekonomické situace u nás. Současně byl kvantifikován počet osob s jednotlivými druhy zdravotního postižení. Uvedené údaje vycházejí i ze série šetření uskutečněných v letech 1996 – 1997, jejichž výstupem bylo mapování počtu postižených obyvatel ČR, včetně četnosti jednotlivých nemocí a zdravotních postižení. [Socioklub 2001: online]

2.2.1 Typy zdravotního postižení

V příloze [Příloha č. 1] jsou uvedeny počty zdravotně postižených lidí jednotlivých typů:

- zrakově postižení, z toho těžce zrakově postižení
- sluchově postižení, z toho neslyšící
- poruchy řeči
- mentálně postižení
- vady pohybového ústrojí, z toho vozíčkáři
- diabetici
- duševně nemocní
- epileptici
- psoriatici

2.2.2 Stupně zdravotního postižení

Stupeň zdravotního postižení určuje posudkový lékař. V rámci posouzení míry zdravotního postižení existují 3 základní skupiny. ZP osoby mají možnosti výhod a dávek sociální péče. Těžce zdravotně postižení občané mají zvláštní výhody. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV) zpracovalo zákon č. 182/1991 Sb. o sociálních službách a o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení. [MPSV 2009: online]

Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP), II. stupně (průkaz ZTP), III. stupně (průkaz ZTP/P) jsou uvedeny v příloze. [Příloha č. 4]

2.3 Mentálně postižení lidé

Koláčková a Kodymová [2005: 111] uvádějí ve své publikaci definici mentálního postižení takto: „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“

Mentálně handicapovaní lidé jsou závislí na členech své rodiny, potřebují péči a pozornost, které nemůže poskytnout ústavní zařízení. V tradiční rodině byla péče o své příslušníky samozřejmostí. V současné době je situace složitější, pevnost rodiny je nestabilní a pracovní příležitosti vylučují věnovat čas pro svého postiženého člena rodiny. [Cháb 2004: 70]

Příčiny vzniku tohoto postižení mohou být různé. Může vzniknout v prenatálním období nedodržením zdravého životního stylu matkou, např.

požíváním alkoholu a drog. Další příčiny vzniku tohoto postižení mohou nastat také během porodu či po něm (v perinatálním období), při němž může dojít k omezení příjmu kyslíku do mozku, čímž dochází k postupnému odumírání mozkových buněk a nastává tak nevratný stav. Velkou roli sehrávají také genetické příčiny.

Současný pokrok medicíny umožňuje v některých případech zabránit tomuto poškození mozku na základě testů DNA, které jsou nositeli dědičných informací. DNA je v moderní kriminalistice využívána jako nástroj k určení totožnosti nebo při testech rodičovství. [Wikipedia 2009: online]

Legislativní, administrativní a jiné mechanismy musí chránit lidskou společnost před zneužitím zákonů. U zdravotně postižených lidí, především u mentálně postižených, je nebezpečí zneužití legislativy. Zákonná ochrana těchto lidí je náročnější a zodpovědnější, protože jejich rozhodovací schopnosti jsou omezené.

2.3.1 Mentální retardace (MR)

Nejčastějším mentálním postižením je mentální retardace. Mentální retardace je vrozený stav omezující rozumové a adaptivní schopnosti. Hlavním měřítkem úrovně postižení je inteligenční kvocient (IQ). Podle závažnosti dělíme MR do čtyř skupin, které jsou uvedeny v další příloze. [Příloha č. 5],[Čadilová 2007: 26-28]

Existují další specifické syndromy, které se pojí s mentální retardací. Nejčastějším typem je Downův syndrom. [c.d.: 31]

2.4 Sociálně ekonomické aspekty

Handicapovaní a nesoběstační občané jsou přirozenou součástí kultivované lidské společnosti. Stát, samospráva, společenské organizace i běžní občané cítí povinnost přispívat svým dílem k přijatelným životním podmínkám těchto svých příslušníků. Evropský charakter péče vede k zdokonalování zákonů a metod, které směřují k integraci těchto občanů do společnosti.

2.4.1 Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

V roce 2002 vznikly Standardy kvality sociálních služeb MPSV, jejichž cílem je zkvalitnění péče formou individuálního rozvoje každého jedince. Standardy kvality se staly právním předpisem. [MPSV – Odbor 22: online]

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. byl schválen po více než 12 letech dne 14.3.2006 a nabyl platnosti od 1.1.2007. Tento zákon přiznává nárok zdravotně postižených občanů na příspěvek na péči, jehož výše se řídí mírou postižení a byla jím uzákoněna osobní asistence jako sociální služba. [Matoušek 2007: 43]

K uvedenému zákonu byla do dnešní doby vydána řada závazných vyhlášek a předpisů (§ 119 odst. 2 uvedeného zákona). Upřesňuje se způsob hodnocení úkonů péče o vlastní osobu, vymezuje se obsah činností sociálních služeb a výše úhrad za jejich poskytování. [c.d.: 43-44]

Sociální služby, které jsou detailně uvedeny v příloze, jsou rozděleny takto:

- služby sociální péče
- služby sociální prevence
- sociální poradenství [Příloha č. 7]

Mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb byl zaveden smluvní princip, tzn. uzavření smlouvy o sociálních službách. [Matoušek 2007: 45]

Poskytovatelé sociálních služeb mají povinnost registrovat se u krajských úřadů. Sociální služby mohou poskytovat fyzické i právnické osoby na základě oprávnění, která poskytují krajské úřady rozhodnutím o registraci. [c.d.: 49-50]

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. stanovil dále předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, které zaručují standardní kvalitu poskytovaných služeb. Zvýšila se úloha klienta jako objednatele sociálních služeb, stouply nároky na poskytovatele služeb a došlo k řadě dalších změn. [c.d.: 50]

2.4.1.1 Příspěvek na péči

Příspěvek je vyplácen od roku 2007 a je určen osobám, které nejsou schopny se samy o sebe postarat z důvodů jejich zdravotního stavu a potřebují pomoc od jiné osoby pro zvládnutí běžných životních úkonů.

Novelizací zákona o sociálních službách byl zaveden „příspěvek na péči“, původně „příspěvek na péči o osobu blízkou“, který byl vyplácen těm, kteří pečovali o ZP osoby. Úpravou zákona byl tento příspěvek změněn proto, aby se zabránilo jeho zneužívání a nyní je od roku 2007 uzákoněn příspěvek na péči, který je přímo vyplácen ZP osobě z veřejného rozpočtu. Touto změnou se tak naskytla možnost všem ZP osobám si vybrat a koupit sociální službu, která dává příležitost svobodného výběru služby, která bude uživateli vyhovovat na základě specifických potřeb a přání.

Podle tohoto zákona se ZP osoby dělí do 4 skupin, podle míry závislosti a stupně bezmocnosti s nároky na měsíční příspěvek ve stanovené výši. Výše příspěvků jsou uvedeny v příloze. [Příloha č. 6], [MPSV 2008: online]

Výše příspěvku je určována dle stupně zdravotního postižení, které určuje posudkový lékař ze zdravotní dokumentace postiženého.

2.4.1.2 Dávky sociální péče

Vyhláška č. 182/1991 Sb. MPSV ČR nabízí další soubor dávek, mimořádných výhod a bezúročných půjček:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům
- mimořádné výhody [Příloha č. 4]
- bezúročné půjčky“ [MPSV 2008: online]

Dávky sociální péče jsou poskytovány:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR
- osobám, na které se vztahuje předpis Evropského společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům)

- občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce. [MPSV 2008: online]

2.5 Zařízení sociální péče v ČR

V České republice je v současné době více než 85 % pobytových zařízení sociální péče zřizováno kraji nebo obcemi. Nestátní neziskové organizace poskytují převážně terénní a ambulantní sociální služby. Do konce roku 2006 byla ústavní zařízení financována kraji, které získávaly finanční prostředky ze státního rozpočtu a poté byly přerozdělovány jednotlivým sociálním zařízením. Od 1. ledna 2007 došlo však k zásadní změně ve financování sociálních služeb. [MPSV 2007a:online]

V roce 2007 existoval v ČR větší počet pobytových sociálních zařízení:

- „Domovů pro osoby se zdravotním postižením existovalo 205 s kapacitou 16 638 míst, počet neuspokojených žadatelů byl 2 305.
- Domovů se zvláštním režimem existovalo 75 s kapacitou 3 829 míst s 2 679 čekajícími neuspokojenými žadateli.
- Chráněných bydlení existovalo 70 s kapacitou 2087 míst a 3 573 neuspokojenými žadateli.
- Center denních služeb bylo 42 s kapacitou 740 míst a 30 neuspokojenými žadateli.
- Týdenních stacionářů bylo 40 s kapacitou 702 a 105 neuspokojenými žadateli.
- Denních stacionářů bylo 142 s kapacitou 2958 a 89 neuspokojenými žadateli.“ [MPSV 2008: online]

Z uvedených údajů vyplývá převis poptávky nad nabídkou. Vysoká poptávka ovšem nevyplývá ze zájmu způsobenou kvalitou nabízených služeb, ale je způsobena spíše nedostatkem alternativních služeb umožňujících život v přirozeném prostředí. Informace o alternativních službách jsou nedostatečné.

Přijímání klientů do ústavní sociální péče bylo stanoveno vyhláškou č. 182/1992 Sb. na podkladě žádosti občana o ústavní sociální péči. Dle nového Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. poskytovatel přijímá zájemce uzavřením smlouvy o poskytnutí sociální služby. Výhodou je, že zájemce má možnost si svobodně volit zařízení dle svých potřeb a přání. [MPSV 2007b: online]

Povinnostmi poskytovatelů je specializovat se na určitou cílovou skupinu. Výhodou uživatele je možnost svobodně si volit zařízení, které odpovídá jeho potřebám. [tamtéž]

2.5.1 Ústavní péče

Do roku 2006 byla ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany členěna na ústavy: pro tělesně postiženou mládež, pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, pro tělesně postiženou mládež s více vadami, pro mentálně postiženou mládež, pro tělesně postižené dospělé občany, pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, pro smyslově postižené dospělé občany, pro mentálně postižené dospělé občany, pro chronické alkoholiky a toxikomany. V ústavech pro mládež byla poskytována výchova v podobě mateřských a speciálních škol. [Matoušek 1999: 55]

Zdravotně postiženým klientům s vyšším zdravotním handicapem byly mnohdy v ústavním zařízení poskytovány minimální služby. Klientům s nižším zdravotním handicapem byly služby poskytovány nadbytečně

a brzdily jejich osobní rozvoj. Systém posiloval klientovu závislost na ústavní péči.

2.5.1.1 Ústavní zařízení

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. uvádí dvě kategorie ústavních zařízení. Jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (pro osoby chronicky duševně nemocné, závislé na návykových látkách, osoby s demencí). [MPSV - Odbor sociálních služeb 2008: online]

Člověk, který žije v ústavním zařízení, se musí přizpůsobit nepřiměřeně velké skupině lidí – často desítky až stovky dalších obyvatel. O svém denním režimu nerozhoduje jedinec sám, ale většinou skupina. Veškeré aktivity se taktéž odehrávají ve skupinách (vycházky, návštěvy kulturních akcí, atd.). Život v ústavním zařízení je značně omezující a vede k omezování osobní svobody, soukromí a taktéž základů lidské důstojnosti. [Johnová 2008: online]

Novým trendem je posílit osobní rozvoj klienta a jeho nezávislost na ústavních zařízeních. Soběstačnější klienti mají možnosti využít chráněná bydlení, která jsou spravována jak státními, tak i nestátními organizacemi. Klientovi je nabídnuto: ubytování, stravování, pomoc v domácnosti, pravidelná zdravotní péče, podpora v dalších činnostech a kontakt se společenským prostředím. [MPSV - Odbor sociálních služeb 2008: online]

2.5.1.2 Personální zajištění

Personální zajištění činnosti ústavních zařízení sociální péče v ČR je přibližně v poměru 1:1,5 v počtu pracovníků na uživatele, v tomto poměru

jsou však započítáni všichni pracovníci zařízení (včetně administrativních pracovníků, uklízeček, údržbářů, kuchařů). Jeden pracovník v přímé péči pečuje přibližně o 3 až 15 uživatelů. Nízký počet zaměstnanců, kteří vykonávají přímou péči, je často důvodem nízké kvality života obyvatel ústavů. Dosažená kvalifikace u pracovníků v přímé péči není příliš vysoká, např. 69 % pečovatelek má pouze základní vzdělání doplněné kurzy. V přímé souvislosti s nízkou odbornou kvalifikací personálu převažuje „materiální“ (hygiena, strava) způsob péče. Podíl sociálních pracovníků je v ústavní péči silně poddimenzován a kvalifikovaní sociální pracovníci se v ústavech vyskytují jen ve velmi nízkém počtu a často jsou zaměstnáni v managementu zařízení a nikoli v přímé práci s uživatelem.

Hlavním cílem zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách je podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti. Podle tohoto zákona musí být poskytována pomoc dostupná (z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomických možností uživatelů), efektivní (je uzpůsobena tak, aby vyhovovala potřebě člověka a nikoliv „potřebám“ systému), kvalitní (zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti), bezpečná (zabezpečována tak, aby neomezovala oprávněná práva a zájmy osob), hospodárná (zabezpečována tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb). [tamtéž]

2.6 Rodinná péče

Domov vytváří bezpečné zázemí, je místem klidu a jistoty člověka s vlastními zvyky a rituály. Rodinnou péči ZP umožňuje existence sociálních služeb.

2.6.1 Rodinné zázemí

Mentálně postižené osoby, ať už děti či dospělí, nemají mnohdy lehký život z důvodů jejich postižení, které jim nedovoluje normálním způsobem se integrovat do společnosti, studovat, pracovat a žít dle svých možností a představ.

Velkou oporou je rodina, mentálně postižený člověk oporu rodiny potřebuje daleko víc než zdravý jedinec. Pro vývoj člověka s mentálním postižením je třeba trpělivosti, porozumění, času, ale také lásky a citu. Při narození mentálně postiženého jedince některé rodiny z důvodů jejich dysfunkce nejsou schopny se o své dítě postarat a dítěti je soudem navržena ústavní ochranná péče. Do ústavní péče se může také dostat dítě narozené ve funkční rodině, která z důvodů těžkého zdravotního stavu dítěte není schopná se o dítě postarat. Často se stává, že tuto těžkou situaci psychicky rodiče, nedokážou se s nečekanou situací v jejich životě vyrovnat a jsou přesvědčeni o tom, že životně selhali.

Základem naší společnosti je rodina. Velkou sílu měla v tradiční společnosti, kdy vícegenerační společnost žila pospolu. Základem soužití tradiční rodiny byla vzájemná péče o své příbuzné a hlavním symbolem byla soudržnost rodiny. Postupným vývojem a přechodem k moderní a postmoderní společnosti pevné svazky rodiny postupně upadají.

2.6.2 Podpůrné programy

Postupně se rozvíjí řada programů, které podporují život ZP osob v rodinném prostředí.

- Denní a týdenní stacionáře
- Podpora samostatného bydlení
- Pečovatelská služba

- Odlehčovací (respitní)
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Osobní asistence
- Sociálně terapeutické dílny (dříve chráněné dílny)
- Sociálně aktivizační služby (podporované zaměstnání)
- Svépomocné skupiny (prosazování zájmů postižených, psychická podpora)
- Poradenská centra (právní poradenství) [Příloha č. 8]

2.7 Komunikace, integrace a socializace

Téma této kapitoly se týká zejména postižených lidí.

2.7.1 Komunikace

Některé osoby se ZP mají mimo jiné komplikovanější situaci v oblasti komunikace. Komunikace je obecně definována jako dorozumívání mezi lidmi na základě předávání vzájemných informací, aniž by zdravý člověk musel vynakládat zvláštní úsilí. Jinak je tomu však u osob se ZP, které mají problémy při komunikaci. Důsledkem je negativní dopad na jejich celkový rozvoj osobnosti. Tito jedinci bývají často odkazováni na komunikaci ve velmi úzkém okruhu lidí, mnohdy jen mezi svými příbuznými, vychovateli apod., což má za následek omezený komunikační rozsah, který vede ke snížení osobního rozvoje.

2.7.2 Integrace

Podstatnou roli hraje v životě ZP integrace do společnosti. Integraci chápeme jako přijetí lidí se ZP do každodenního života, a to jak rodinou, známými, sousedy, učiteli, zaměstnavateli, tak každým z nás.

2.7.3 Socializace

„Socializace (lat. *socialis* = společný) je sociologický pojem, který označuje proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti. Probíhá-li socializace úspěšně, individuum má v sobě zakotveny sociální normy, hodnoty, vystupování, ale také i sociální role svého společenského a kulturního okolí“. [Wikipedia 2007: online]

Socializace je dlouhodobý proces, během kterého se začleňuje jedinec do společnosti. Velký problém se socializací je u mentálně postižených lidí, kteří jsou odkázáni ve většině případů na druhé a nemají možnost se seberealizovat bez pomoci druhých.

„Socializace je především procesem utváření osobnosti a její kultivace. Současně se vznikáním osobnosti dochází k osvojování kultury a začleňování individua do systému společenských vztahů. Socializace je celoživotním, ontogenetickým procesem, který byl již dříve chápán pouze jako psychický jev charakteristický pro vývoj dítěte, avšak v současnosti zkoumáme socializaci individua v průběhu celého života.“ [Renotierová, Ludíková a kolektiv: 165]

„Socializace nebývá nikdy ukončena. Jedná se totiž o vývoj lidské osobnosti, k níž na jednu stranu patří osobní individualita, která jedince odlišuje od okolí, ale také i sociální charakter, který mezi sebou mají všichni členové

jedné společnosti či společenství. (Hodnoty, normy, sociální role apod.)“
[Wikipedia 2007: online]

„Během socializace dochází k proměnám, jimiž se jedinec postupně vzdaluje od výchozího stavu novorozeněte a stává se z něho člověk jako kulturní bytost schopná fungovat ve složitém systému lidské společnosti.“
[Renotiérová, Ludíková a kolektiv: 165]

Giddens [2000: 39] ve své publikaci uvádí, že socializace je „proces vývoje od stádia bezmocného novorozence až po osobu, která si dobře uvědomuje sebe samu a orientuje se ve své vlastní kultuře“.

2.8 Zahraniční zkušenosti

V jednotlivých státech EU, ale také například v USA a na Novém Zélandu probíhají procesy deinstitucionalizace již od sedmdesátých let minulého století. Vyspělé evropské země mají různý přístup k procesu změn v oblasti sociálních služeb. Obecné trendy jednotlivých zemí souvisejí s národními zvyklostmi, ekonomickou situací apod. Evropské státy se zabývají možnostmi podpory osob se zdravotním postižením, které vyrovnávají jejich příležitosti žít maximálně samostatně a účastnit se ekonomického, společenského a kulturního života společnosti. Důraz se klade zejména na bydlení v přirozeném sociálním prostředí, vzdělávání a následné možnosti spojené s prací. Reforma, jejímž cílem bylo podporovat nezávislý život osob se specifickými potřebami v komunitě a zajistit nabídku integrovaných služeb soustředěných na klienta, je realizována např. ve Švédsku, USA, Novém Zélandu a Velké Británii. Ve Švédsku a v USA bylo uzákoněno transformovat ústavní zařízení. [MPSV 2007c: online]

2.8.1 Sociální systém ve Švédsku

Důvodem zájmu o švédský systém byla především rozvitá sociální politika této země a dále zkušenosti z vlastního studijního pobytu na Univerzitě Örebro.

Ve Švédsku v roce 1985 bylo definováno zákonem, že každý občan, bez ohledu na typ a míru postižení, má právo žít mimo ústavní zařízení. Ústavy ve Švédsku byly zrušeny a v současné době neexistují. Vývoj v této zemi se měnil od center denních aktivit k aktivitám skupin. Bylo totiž zjištěno, že lidé, kteří využívají služeb denních center, tráví většinu dne ve speciálním prostředí, z čehož vyplývá, že jejich sociální začlenění není dostatečné. Na základě těchto statistických analýz přestalo být nutné hledat zvláštní budovy pro vyplnění času mentálně postižených lidí. Denní aktivity mentálně postižených dnes probíhají v komunitě. Těchto aktivit se mohou zúčastnit všichni lidé, včetně lidí s postižením. S těmito komunitami spolupracují místní organizace a podnikatelé. Umožňují tak mentálně postiženým adaptaci fyzickou i sociální. [Quip 2008: online]

Skandinávský model sociálního státu je považován za redistributivní, univerzalistický s dominantní rolí státu a také občanský. Podstatou tohoto modelu je, že sociální potřeby lidí vnímá jako sociální práva. Systém je založen na demokratických principech, zaručuje občanskou rovnost v rámci sociální spravedlnosti a vyžaduje vysokou míru přerozdělování. Všichni dávají, všichni potřební dostávají. Skandinávský model sociálního státu je štědrý a také velice nákladný (platí se vysoké daně). [Matoušek 2007:56-57]

Významným faktorem, který přispěl k rozvoji sociálních služeb, je historicky rychlý nárůst počtu žen na pracovním trhu. Tím klesá podíl žen na péči o děti a seniory, na základě této skutečnosti vznikaly například mateřské školy. [tamtéž]

Ve Skandinávii se rychle rozvinuly sociální služby ústavního typu již v 50. letech minulého století. V současné době občané mohou využívat velice kvalitní nabídku sociálních služeb zabezpečeným veřejným sektorem, většina služeb je poskytována doma, mimo ústavní zařízení. Hlavním cílem je podpora a zabezpečení rodiny. Domácí péče je ve skandinávských zemích nejvíce využívána, špičková kvalita umožňuje zdravotně postiženým využívat sociální služby v domácím prostředí, kde je o ně postaráno dle jejich zdravotního postižení, od osobní hygieny, pomoci s domácími pracemi, rehabilitacemi, v některých případech i možnosti využití služeb doprovodu a také 24hodinová péče formou osobní asistence v případě potřeb zabezpečení klienta. Rodina pro svůj odpočinek má také možnost využít respitní péči. [tamtéž]

Švédský institut (HI) pro handicapované je národním centrem pro asistenční technologii a integraci osob se zdravotním postižením. HI organizuje výzkum a zkoušení nových technologických postupů, získává nové znalosti v této oblasti, shromažďuje informace a organizuje výcvik sociálních pracovníků. Tento institut je řízen švédským Ministerstvem zdravotnictví a sociálních věcí, Federací krajských úřadů a další švédskou institucí. [Spindler 2001: online]

Ve Švédsku existuje řada projektů a programů pro integraci zdravotně postižených občanů do společnosti. Tyto aktivity jsou podporovány a rozvíjeny řadou podpůrných organizací. V roce 2000 proběhla ve Švédsku kampaň na úseku analýzy a rozvoje informačních technologií ve prospěch zdravotně postižených občanů. Zajímavé je, že univerzita ve Stockholmu zavedla dálkové studium pro zdravotně postižené, kteří nemohou navštěvovat standardní výuku. ZP tak mají možnost získat vzdělání v umělecké kreativitě. [tamtéž]

HI realizoval projekt, jak těžce postižení lidé mohou nezávisle plnit svá životní přání ze svého domova instalováním počítačů do bytů ZP. Tohoto projektu se v roce 2000 zúčastnilo 1500 občanů s těžkým ZP. [tamtéž]

Další speciální projekt byl podporován EU, týká se zlepšení podmínek kognitivních schopností MP lidí. Cílené projekty švédského Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí „FROM PATIENT TO CITIZEN“ směřují dlouhodobě k integraci postižených občanů do společnosti. Cílem je vychovávat zdravou populaci k soužití s postiženými lidmi a zajištění ZP se začlenit. [tamtéž]

2.8.1.1 Příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči má postižený občan od 19 do 65 let. Stanovení výše příspěvku je podmíněna potřebou asistence od jiné osoby, potřebným časem pro každodenní péči. Pro pracovní a studijní podmínky postiženého člověka se stanovují mimořádné náklady. Potřeba této pomoci musí být nejméně na dobu jednoho roku. V některých případech může být tento příspěvek čerpán i po dosažení věku 65.

2.8.1.2 Osobní asistence

Příspěvek na osobní asistenci se uděluje v případech, kdy je nezbytná osobní asistence pro každodenní život. Osobní asistence je definována jako program pomoci ve specifických situacích stanoveným počtem lidí. Tento druh asistence pro základní potřeby (tj. osobní hygiena, oblékání, jídlo, komunikace) se přiděluje postiženým osobám na dobu větší než 20 hodin týdně.

2.8.1.3 Příspěvek na dopravu

Příspěvky na dopravu motorovými vozidly pro dospělé postižené, postižené děti a jejich rodiče jsou uvedeny v podmínkách švédského sociálního pojištění nebo dostupné z www.forsakringskassen.se [Spindler 2001: online]

3.0 EMPIRICKÁ ČÁST

Předmětem výzkumu byla zařízení pro mentálně postižené občany, a to ústavní zařízení Domov pod Kuňkou v Rábech a stacionář Denní centrum Svítání v Nemošicích.

3.1 Ústavní zařízení a denní stacionář

V Pardubickém kraji je několik ústavních zařízení a denních center - stacionářů pro zdravotně postižené.

V rámci dobrovolnické práce v těchto zařízeních byla uskutečněna průzkumná činnost v zařízení ústavního typu v Domově pod Kuňkou v Rábech a v Denním centru (stacionáři) Svítání v Nemošicích. Obě zařízení jsou určena pro mentálně postiženou mládež i dospělé.

3.1.1 Denní centrum Svítání v Nemošicích

Svítání je sdružení pro pomoc zdravotně postiženým. Sdružení vzniklo v roce 1992 jako nestátní nezisková organizace založená rodiči zdravotně postižených dětí. V říjnu roku 2005 zahájilo Centrum svoji činnost s nabídkou denního stacionáře pro lidi s mentálním postižením ve věku od 19 do 64 let, kteří vyžadují vyšší míru podpory a péče. Tímto opatřením se tak otevřela možnost zdravotně postiženým osobám využít těchto služeb. Do tohoto programu se mohou zapojit osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Denní centrum SVÍTÁNÍ – stacionář podporuje uživatele služeb v seberealizaci a nezávislosti nabídkou pracovních činností a nácvikem sociálních dovedností s cílem posílit jejich samostatnost. Každý uživatel dle svých zdravotních možností má vypracovaný individuální plán rozvoje, který vychází z jeho osobních cílů, přání a potřeb. Základní činnosti, které jsou uživateli poskytovány, a to pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní

osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné nebo vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Uživatelé mají možnost využít různé druhy terapií: muzikoterapii, psychorelaxaci, hipoterapii a canisterapii. Je jim nabídnuta velká škála pracovních činností, např. v řemeslné dílně mají možnost pracovat s papírem, dřevem, keramikou a jinými přírodními materiály nebo zhotovovat drobné dekorativní předměty. Ve výtvarné dílně mají možnost se naučit vyrábět ruční papír, vyzkoušet si ubrouskovou techniku a také vyzkoušet batikování, malování na textil a hedvábí. Ve cvičné kuchyni se uživatelé naučí přípravě jednoduchých jídel, jsou schopni připravit jídla studené kuchyně, naučí se základy stolování, ovládat kuchyňské přístroje, nacvičí si nakupování. V zahradě se starají o zeleň areálu Denního centra SVÍTÁNÍ.

Individuální plán si určuje sám klient a jeho klíčový pracovník, který zodpovídá za sestavování individuálního plánu, jeho aktualizaci a plnění dílčích cílů. Plánování se také může účastnit rodina a rodinní příslušníci či osoba, které klient důvěřuje.

Klienti Denního centra mají možnost využít ranní a odpolední účelový spoj Městské hromadné dopravy. Kapacita Denního centra je 23 míst. Provozní doba je od pondělí do pátku od 8. hodiny do 16. hodiny. Cena za poskytované služby se pohybuje dle aktuálního ceníku ve výši od 50 Kč do 250 Kč za 1 den dle závislosti klienta na pracovníkovi. Cena oběda je stanovena ve výši 48 Kč a příprava nápojů je stanovena 2 Kč/den.

Sdružení je zřizovatelem Základní školy a Praktické školy SVÍTÁNÍ, o. p. s. Nabízí různé programy pro zdravotně postižené klienty - Praktickou školu dvouletou, tranzitní program, speciálně pedagogické centrum SVÍTÁNÍ, osobní asistenci, muzikoterapii, psychorelaxaci, logopedii, hipoterapii a fyzioterapii.

Speciální škola SVÍTÁNÍ v roce 2006 vzdělávala 148 žáků s kombinovaným postižením, v současné době provozuje Tranzitní program za podpory Evropské unie a Pardubického kraje, který má podpořit zaměstnanost a sociální integraci postižených lidí ve věku od 16 do 40 let.

Soustavná dobrovolnická činnost od října 2008 umožnila při návštěvách Denního centra se setkávat se sociálními pracovníci, pracovníci sociální péče, osobními asistentkami, dalšími zaměstnanci a rovněž s klienty, kteří užívají denní stacionář. Klienti mají možnost se rozhodnout, jakým způsobem příspěvek na péči využijí a které služby si zakoupí.

Počet uživatelů Denního centra Svítání je rok od roku vyšší, v roce 2004 se stav z 11 klientů navýšil v roce 2008 na 21.

Během přípravy této bakalářské práce byla vhodná příležitost k setkávání i rozhovorům s klienty, kteří ručně zhotovují některé druhy výrobků: vánoční přání z ručního papíru, batikované polštáře plněné bylinnými přísadami, svíčky z včelího vosku. Toto byl nejvhodnější způsob k bližšímu seznámení s klienty i se sociálními pracovníci a ostatními zaměstnanci Denního centra. [ZÁKLADNÍ ŠKOLA A PRAKTICKÁ ŠKOLA SVÍTÁNÍ 2008: online]

3.1.2 Domov pod Kuňkou v Rábech

Během dobrovolnické činnosti byla taktéž předmětem výzkumu od října 2008 příspěvková organizace Pardubického kraje Domov pod Kuňkou.

Tato organizace je poskytovatelem pobytových sociálních služeb osobám s různým stupněm mentálního nebo kombinovaného postižení od tří let věku. Areál Domova pod Kuňkou se nachází v obci Ráby u Pardubic. Domov je taktéž zařízením pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy dětí a mládeže

s mentálním postižením. Pobytové služby jsou poskytovány osobám, které mají mentální postižení, mentální postižení s přidruženým tělesným postižením, mentální postižení s hlubokým mentálním postižením s přidruženým smyslovým postižením, mentálně postiženým dětem a mládeži s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou. [Slezák 2008:online]

3.1.2.1 Příprava transformace

V Domově pod Kuňkou v Rábech se připravuje transformace tohoto ústavního zařízení. Od února 2009 se chystají v Domově změny v provozu sociálních služeb.

Mgr. Jan Slezák, který je ředitelem DPK, ve svém článku uvádí: „Prvořadým úkolem sociálních služeb je poskytování péče a rozvoj osobnosti handicapovaného člověka tak, aby i se svými omezeními prožíval svůj život hodnotně a podle svých představ. I když o toto usilujeme také v našem Domově, zůstáváme stále velkým zařízením ústavního typu, které uplatnění potřebného individuálního přístupu ke všem klientům neumožňuje. Přesto chceme současnou situaci změnit a poskytnout tak našim klientům možnost žít svůj život podle jejich osobních potřeb. Proto jsme se rozhodli změnit podobu současné služby a chceme ji transformovat na několik menších a přesně vymezených sociálních služeb, které našim klientům a Vám blízkému člověku umožní dávkovat míru péče a podpory přesně dle jeho skutečných potřeb a zvýšit tak kvalitu jeho života.“ [Kočí 2009: online]

Postupně nově vzniklé služby budou provozovány v několika bytech a domcích v obytných zónách měst na Pardubicku. První obytná místa pro klienty DPK budou v Sezemicích, Přelouči, Lázních Bohdanči a v Opatovicích. Celý proces transformace bude trvat ještě několik let. Bude záležet na finančních podmínkách a možnostech této organizace.

Klienti Domova pod Kuňkou zůstanou i nadále uživateli služeb DPK, jen jim bude příslušná služba poskytována v jiném místě a v novém prostředí, které může nabídnout větší příležitosti k naplnění osobních představ a přání o kvalitním životě.

Pro transformaci DPK jsou zpracovány dotazníky pro klienty, které mají zjistit jejich osobní přání a představy o budoucím bydlení. Vedení navázalo kontakty s odborníky, kteří mají zkušenosti s tvorbou individuálních plánů při změnách dlouhodobě hospitalizovaných pacientů a při jejich přechodu z ústavního zařízení do běžného prostředí.

Rada města Sezemic schválila pronájem bytu Domovu p. K. Od 1.3.2009 bude v tomto bytě poskytována pobytová služba pro 2 klienty DPK. Postupně se budou klienti seznamovat s novým obydlím a budou připravováni na změnu samostatnějšího života. Pokračují informační setkání s rodinami a blízkými osobami klientů. V rámci zajištění dobrých vztahů budou seznámeni místní obyvatelé s klienty a se způsoby práce při poskytování sociálních služeb. Již také proběhlo další dotazníkové šetření, jehož cílem bylo zjistit informace a podněty zaměstnanců DPK k procesu transformace. Přípomínky každého pracovníka jsou velice cenné a na základě těchto podkladů je možné se tak zaměřit na rizikové situace ve fázi plánování změn.

3.2 Cíl a metodologie výzkumu

Péče o mentálně postižené má své zvláštnosti. Vyžaduje individuální přístup i vhodnou volbu strategie při komunikaci s klientem. Bývá často obtížné navázat bližší kontakt a získat si jeho důvěru. Sociální pracovníci v obou sledovaných zařízeních své klienty znají a mohou nejlépe posoudit jejich potřeby a přání. Zúčastněná pozorování byla uskutečněna v těchto zařízeních a u mentálně postižené osoby žijící v rodině.

Pro průzkum v DPK, kde žije trvale velká skupina mentálně postižených, byl zvolen anonymní způsob průzkumu. Zkušení pracovníci mohou vyjádřit své názory a uplatnit své představy o zlepšení systému. Důvodem pro tento průzkum je i to, že Domov připravuje větší transformační změny. Uvažuje se o tom, že početná skupina klientů bude postupně přestěhována do malých bytů s možností lepšího kontaktu s normální veřejností.

Do Denního centra Svítání docházejí pravidelně klienti, kteří žijí v rodinách. Tito klienti jsou samostatnější a komunikace s nimi je snazší. Jejich rodiny i pracovníci stacionáře znají jejich potřeby. I v tomto zařízení se připravuje rozšíření vzdělávacího programu se zaměřením na soběstačnost a humanizaci života. Výhodou byla vlastní účast s klienty při pracovních činnostech a rozhovorech s nimi.

Pro empirický výzkum byl zvolen kvalitativní přístup. Základním zdrojem informací byly dotazníky a rozhovory, které byly polostandardizované. V rozhovorech se sociálními pracovníky - respondenty byly kladeny zejména otevřené otázky, které jim poskytovaly větší prostor pro vyjádření. Otázky byly jednoznačné a srozumitelné. Dotazníky byly rozdány jednotlivým zaměstnancům DPK, a to převážně sociálním pracovníkům. V lednu roku 2009 byly tyto dotazníky vráceny pro zpracování v bakalářské práci.

Současně byla použita metoda zúčastněného pozorování v ústavních zařízeních i v rodině. Práce dobrovolníka umožnila pozorovat každodenní život klientů a poskytl zkušenosti.

3.3 Objekt výzkumu

Objektem výzkumu byli mentálně postižení jedinci z ústavní instituce DPK, Denního centra Svítání a mentálně postižený člověk žijící v rodině.

3.3.1 Domov pod Kuňkou

Respondenty byli zaměstnanci a zejména sociální pracovníci DPK. Vzorek tvoří 23 lidí, z toho 22 žen a 1 muž, kteří odpovídali na jednotlivé otázky v polostandardizovaném dotazníku. Dotazníky byly rozdány zaměstnancům pomocí metody náhodného výběru v prosinci 2008 a byly vybrány v lednu 2009. S vedoucí sociální pracovnící byl veden polostandardizovaný rozhovor v její kanceláři, který byl uskutečněn v lednu 2009 a trval přibližně 60 minut; byl zaznamenán písemnou formou. Díky trpělivosti respondentky písemný způsob zaznamenávání rozhovoru neovlivnil celkově výsledek výzkumu. Vedoucí sociální pracovnice byla ochotna vést rozhovor na téma: „Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené, především o mentálně postižené.“ Projevila velký zájem a ochotu a je zřejmé, že ji povolání baví a pracuje s nadšením a snahou zlepšit danou situaci sociálních služeb.

3.3.1.1 Rozhovor

Nejčastější příčinou umístění klientů do Domova pod Kuňkou je ztráta rodiny a rodinného prostředí. Žijí zde převážně lidé, kteří již nejsou schopni se sami o sebe postarat.

Od října 2008 do února 2009 byly získávány informace metodou zúčastněného pozorování.

Cílem rozhovoru s vedoucí pracovnící v DPK bylo získat informace o životě mentálně postižených lidí v ústavu a o jejich životních osudech. Z důvodu ochrany osobních dat nejsou uvedena příjmení respondentů, kteří jsou součástí výzkumu.

V rozhovoru byl zmíněn postoj k chráněnému bydlení a k transformaci DPK, tématem byla rovněž očekávaná integrace, finanční a ekonomická situace, sponzorství a v neposlední řadě taktéž dobrovolnictví. Součástí rozhovoru byla také míra zainteresovanosti rodin klientů.

Doslovný záznam rozhovoru s vedoucí sociální pracovnící DPK, který byl uskutečněn 9. ledna 2009, je uveden v příloze. [Příloha č. 8]

Významné informace jsou rozděleny do jednotlivých úseků:

Z otázky, která se týká počtu klientů v DPK a důvodů jejich umístění do Domova, vyplývají tyto informace. V tomto zařízení žije asi 90 klientů s mentálním postižením. Nejčastějším důvodem umístění je ztráta rodiny, rodinných příslušníků a závažný zdravotní stav klienta nebo pečující osoby.

Z otázky, která se týká zainteresovanosti rodiny klientů, vyplývá, že většina klientů, a to až 80 %, buď rodinu nemá, anebo není navštěvována. Jen 20 % klientů má rodinu, která je v přiměřené míře navštěvuje.

Z otázky o integraci klientů DPK do společnosti plyne, že pracovníci mají zájem připravovat své klienty k pozdějšímu osamostatnění. Proto vítají kontakty s veřejností, dny otevřených dveří, pro klienty organizují zájezdy a návštěvy sportovních utkání i rekreační a výměnné pobyty. DPK udržuje kontakty se Speciální a Praktickou školou Svítání.

Z otázky, která se týká postoje vedoucí sociální pracovnice k chráněnému bydlení, vyplývá, že pracovníci vítají záměr chráněného bydlení, který považují za účelný a vhodný pro část jejich klientů. Výjimkou jsou Ti, kteří potřebují trvalý dohled. Pro skupiny klientů jsou již dnes připravovány ubytovací možnosti v prostředí většinové společnosti. Starší klienti a ti, kteří nepoznali rodinné zázemí, přistupují k těmto změnám s obavami z neznámého. Klienti prohlašují, že se cítí bezpečně v Domově a jsou zde

spokojeni. Pracovníci DPK věří, že připravované změny transformace budou přínosem, úkol je však náročný a dlouhodobý.

Z další otázky je zřejmé, že obavy z očekávané transformace mají rodiny klientů i občané, kteří budou žít v okolí nových bydlíšť klientů. Veřejnost je již postupně seznamována s tímto úkolem. DPK je jedno z prvních zařízení v ČR, kde probíhá transformační proces.

3.3.1.2 Dotazníky

Dotazníkové šetření bylo zahájeno v Domově pod Kuňkou v prosinci roku 2008, respondenti odevzdali dotazníky v lednu 2009. Bylo rozdáno 40 kusů a získáno zpět 23 kusů. Cílovou skupinou byli zaměstnanci DPK, především sociální pracovníci. Byla použita kvalitativní metoda, a to ve formě polostandardizovaných dotazníků, respondenti byli vybráni náhodným výběrem v DPK. Výsledky byly ručně zpracovány do souhrnného přehledu.

Návratnost těchto dotazníků byla jen 57,5 %, což je 23 dotazníků z celkového počtu 40kusů. První část dotazníku se zabývala osobními údaji respondentů, ve druhé části jsou uvedeny odpovědi, které se týkaly klientů.

Odpovědi respondentů:

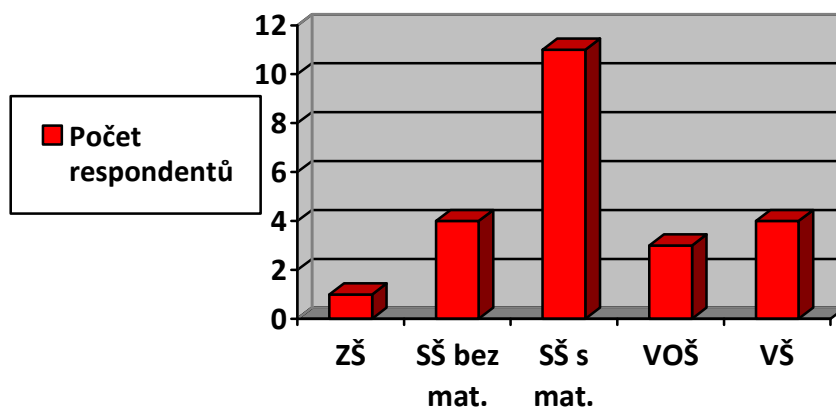
První otázka se týkala pohlaví respondentů. Celkem bylo 23 respondentů, z toho 22 žen a 1 muž.

V Rábech pracují lidé různého věku, nejpočetnější je skupina mezi 20 až 45 lety v počtu 14 respondentů (60,87 %) a skupina nad 45 let v počtu 11 respondentů (39,13 %).

Vzdělání respondentů: základní školu uvedl 1 respondent (4,36 %), střední školu bez maturity 4 respondenti (17,39 %), střední školu s maturitou 11

respondentů (47,82 %), vyšší odbornou školu 3 respondenti (13,04 %) a vysokou školu 4 respondenti (17,39 %).

Vzdělání zaměstnanců DPK



Druhá část dotazníku je zaměřena na dotazy z praxe:

Na otázku číslo 1: „**Máte zkušenosti s mentálním postižením ve Vaší rodině?**“

- 3 respondenti: ANO
- 20 respondentů: NE

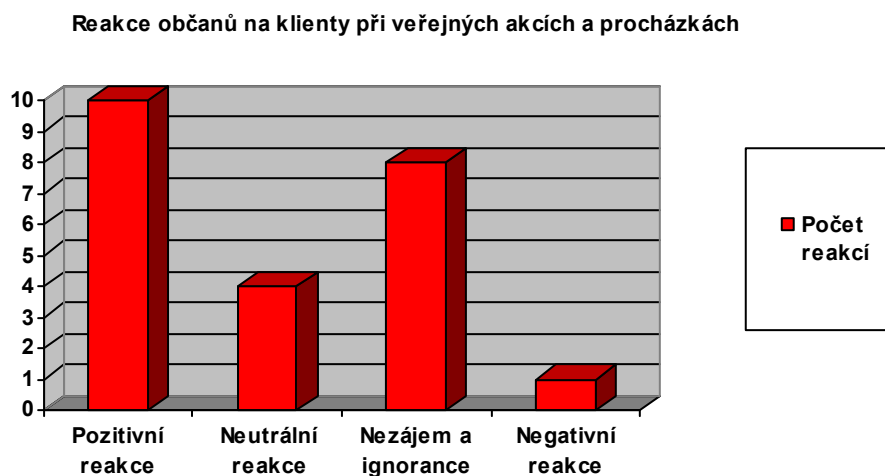
Na otázku číslo 2: „**Proč jste si vybral/a toto povolání?**“

- 6 respondentů: Jsem sociální pracovníci/pracovnice
- 14 respondentů: Práce v sociálních službách mě natolik zaujala, že mám kurz v tomto oboru
- 3 respondenti: Mám kvalifikaci zdravotní sestry s psychiatrickou nástavbou a jsem přesvědčena o smysluplnosti povolání

Na otázku číslo 3: „**Jak podle Vašeho názoru reagují občané na Vaše klienty, např. při procházkách, na veřejných akcích?**“

- 10 respondentů: Pozitivní reakce (ochota, pomoc, pozdrav)
- 4 respondenti: Neutrální reakce (přiměřená vizuálnímu kontaktu dvou neznámých lidí)

- 8 respondentů: Nezáměr a ignorace (nepříjemné pocity, žádný vizuální kontakt)
- 1 respondent: Negativní reakce (primitivní zvědavost, projevy odporu, slovní agrese)



Osoby pečující o osoby s mentálním postižením si myslí, že reakce občanů při veřejných akcích a procházkách na mentálně postižené jsou z 43,5 % pozitivní, neutrální reakce u 17,4 % občanů, nezáměr a ignoranci se projevuje u 34,8 %. Zjevně negativní postoj je minimální, a to 4,3 %.

Na otázku číslo 4: **„Jaká opatření byste navrhl/a, aby došlo ke zlepšení podmínek pro mentálně postižené“?**

Respondenti odpověděli takto: „Osvěta společnosti, potřeba rozšíření sítě služeb i do menších obcí a zajištění jejich dostatečného množství. Mentálně postižení byli donedávna na okraji společnosti, „zavření“ v ústavech a očekává se deinstitutionalizace systému péče. Předpokládá se vyšší informovanost společnosti prostřednictvím médií.“

Další respondent uvádí, že mentálně postižení lidé mají dnes v ČR dobré podmínky a současný stav je vyhovující.

Podle názoru většiny respondentů je nezbytná transformace ústavních zařízení, dostatek kvalifikovaného personálu a začlenění ZP do běžné společnosti. Nezbytná je změna pracovního prostředí a přístupu společnosti.

Je nutné oddělit zdravotní a mentálního postižení - rozhodně to není totéž a nepatří to do jedné kategorie.

Na otázku číslo 5: „**Jakým způsobem a jak často se klienti účastní veřejných akcí za účelem integrace do společnosti?**“

Respondenti odpověděli následovně: „21krát za rok mají kulturní vyžití (kino, besídka), 10krát ročně mají různé sportovní akce (plavání, fotbal, míčové hry), 4krát ročně mají hudební akce (koncert), 5krát ročně mají výtvarné akce (malování, práce s keramikou, práce s papírem, batikování), 8krát ročně mají výlety, jak zahraniční, tak i tuzemské a na závěr 3krát ročně mají různé plesy, prezentační akce a také navštěvují ZOO.“

a) Kulturní vyžití (kino, besídka)	21x ročně
b) Sportovní akce (plavání, míčové hry)	10x ročně
c) Hudební akce (koncert)	4x ročně
d) Výtvarné akce (malování, práce s keramikou, ...)	5x ročně
e) Výlety (tuzemské, zahraniční)	8x ročně

Na otázku číslo 6: „**Myslíte si, že je možné, aby mentálně postižený člověk s nízkým stupněm závislosti bydlel samostatně mimo ústav?**“

- 16 respondentů: ANO
„Ze začátku je důležitá podpora ze strany sociálních pracovníků, která se postupem času a zvládním všeho potřebného snižuje.“
- 7 respondentů: NE
„Bylo by to těžko zvládnutelné jak pro personál, tak i pro klienty, kteří jsou zvyklí žít celý život v ústavním zařízení.“

Na otázku číslo 7: „**Myslíte si, že někteří klienti ústavu s nižším stupněm postižení touží opustit ústav a žít samostatně?**“

- 18 respondentů: ANO
- 5 respondentů: NE

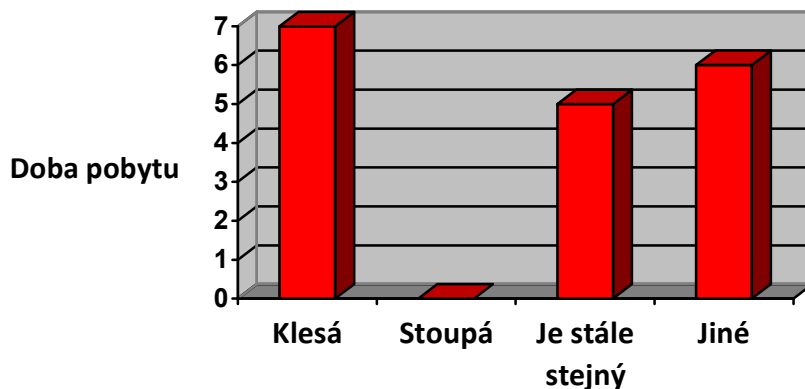
Na doplňující otázku 7a: „**V případě, že jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na následující otázky: Myslíte si, že zájem klienta o osamostatnění s věkem:**

- 13 respondentů: Klesá
- 2 respondenti: Stoupá
- 2 respondenti: Je stále stejný
- 1 respondent: Jiné - „Každý je individuum a každý (i z nás) touží po něčem jiném – hodně podstatná jsou přání klienta a důležitou úlohu hraje i to, jak dlouho je klient v ústavní péči, zda má či nemá fungující rodinu – nemyslím si, že by věk klienta byl rozhodující.“

Na doplňující otázku 7b: „**Myslíte si, že zájem klienta o osamostatnění s dobou pobytu v ústavu:**

- 7 respondentů: klesá
- 0 respondentů: Stoupá
- 5 respondentů: Je stále stejný
- 6 respondentů: Jiné: „Jak u koho, čím déle je klient v ústavu, má strach a obavy ze změn. Je třeba s klientem individuálně pracovat, hovořit a na změny ho připravovat, dále záleží na tom, zda klient má možnost pobývat i v průběhu roku u své rodiny.“

Zájem klienta o osamostatnění s dobou pobytu v ústavu



Na otázku číslo 8 odpovídali respondenti následovně: „**Pokud by člověk s mentálním postižením bydlel samostatně (tj. mimo areál zařízení), bylo by podle Vás vhodné, aby bydlel:**“

- 18 respondentů: V chráněném bydlení (dohled, pomoc při zajištění chodu domácnosti)
- 2 respondenti: Zcela samostatně v domě s normální populací
- 3 respondenti: Nemůže bydlet samostatně vůbec

a) V chráněném bydlení (dohled, pomoc při zajištění chodu domácnosti)	18 respondentů
b) Zcela samostatně v domě s normální populací	2 respondenti
c) Nemůže bydlet samostatně vůbec	3 respondenti

Z dané otázky vyplývá, že sociální pracovníci doporučují systém chráněného bydlení, a to 18 hlasů, tedy 78,26 % z celkového počtu respondentů.

Na otázku číslo 9: „**Jak často jste proškolení ve Vašem oboru?**“

- 3 respondenti: 1krát ročně
- 10 respondentů: 2krát ročně

- 5 respondentů: Několikrát ročně (školení, semináře, kurzy)
- 4 respondenti: Ještě jsem nebyl/a
- 1 respondent: Nemám zájem

Na otázku číslo 10: „**Je pro Vás vždy školení přínosné?**“

- 17 respondentů: Ano, hodnotím kladně
- 6 respondentů: Ano, ale mám připomínky – „(školení neodpovídá vždy našim potřebám a očekáváním, ale víme, která školení jsou užitečná)“

Na otázku číslo 11: „**Ve Švédsku byla ústavní zařízení téměř zrušena a byla nahrazena jinými druhy péče (respirační péče, komunitní kluby atd.) podporujícími život zdravotně postiženého v rodině. Jaký je Váš názor? Prosím, uveďte.**“

- 13 respondentů: Tento systém by bylo dobré zavést také v České republice
- 6 respondentů: Systém v České republice je vyhovující a potřebný
- 4 respondenti: Jiný – „Záleží na stupni postižení a společenském přijetí - Není vhodné - Důležité je nic neuspěchat, tento proces transformace bude probíhat ještě velkou řádku let a je potřeba „vychytat“ co možná nejvíce nedostatků a zajistit na sebe navazující služby, které budou na vyhovující úrovni (mám na mysli odbornost a kvalitu.“

a) Tento systém by bylo dobré zavést také v České republice	13
b) Systém v České republice je vyhovující a potřebný	6
c) Jiný. „Záleží na stupni postižení a společenském přijetí“ „Není vhodné“ „Transformační proces je dlouhodobý, je třeba postupovat zvolna a rozvážně.“	4

Na otázku číslo 12: „**Myslíte si, že Vaše ústavní zařízení je vybudováno na správném místě pro integraci do společnosti?**“

- 15 respondentů: ANO
- 8 respondentů: NE

Na podotázku číslo 12a, která se pojí s odpovědí NE: „**Z jakého důvodu si myslíte, že NE?**“

- 2 respondenti: Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od centra obce
- 2 respondenti: Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od místní dopravy (např. autobus, vlak, MHD)
- 4 respondenti: Jiné – „malá obec, špatné spojení s městem, silnice-provoz, není možnost klienty zaměstnat, těsná blízkost frekventované silnice“

Na otázku číslo 13: „**Jaké jsou Vaše zkušenosti s dobrovolníky?**“

- 13 respondentů: Kladné
„Spokojenost s prací dobrovolníků.“
- 2 respondenti: Záporné
„Nedokážou vytrvat v náročné práci, ihned po nástupu dobrovolně vzdávají.“
- 8 respondentů: Doposud žádné
„Dosud jsme se nesetkali s žádnými dobrovolníky.“

Na otázku číslo 14: „**Myslíte si, že dobrovolnictví přispívá klientům k integraci do společnosti?**“

- 15 respondentů: ANO
- 4 respondenti: NE
- 4 respondenti: Jiné – „Záleží na každém dobrovolníkovi.“
„Nemohu posoudit.“

Na otázku číslo 15: „**Myslíte si, že ústavní péče o mentálně postižené může v plné míře nahradit rodinnou péči?**“

- 3 respondenti: ANO
- 17 respondentů: NE
- 3 respondenti: Jiné: „Ne zcela – citová ztráta.“
 „Odvíjí se od stupně postižení, v některých případech je péče v ústavu na daleko lepší úrovni než doma“.
 „Ve spojení s rodinnou vazbou může být ústavní péče dobrá.“

Na otázku číslo 16: „**Z jakých důvodů jsou mentálně postižené osoby umístěny do ústavních zařízení?**“

- 10 respondentů: Z důvodu ztráty rodinných příslušníků.
- 2 respondenti: Z finančních důvodů rodinných příslušníků.
- 11 respondentů: Jiné: „míra mentálního postižení + přidružené diagnostiky, nefungující rodina- rodina nezvládá péči vlastní ani o postiženého, nařízená ústavní péče, těžké postižení.“

a) Z důvodu ztráty rodinných příslušníků	15
b) Z finančních důvodů rodinných příslušníků	2
c) Jiné. Uvedte: „míra mentálního postižení + přidružené diagnostiky nefungující rodina - rodina nezvládá péči vlastní ani o postiženého nařízená ústavní péče těžké postižení“	6

Na otázku číslo 17: „**Jak se podle Vašeho názoru cítí klienti ústavu mezi obyvateli obce, např. při procházkách a veřejných akcích?**“

- 14 respondentů: Dobře

- 9 respondentů: Neutrálně
- 0 respondentů: Špatně

Na otázku číslo 18: „**Pro jaký typ klientů je vhodnější rodinná péče?**

Uveďte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.“

- „U lehké mentální retardace a jiné lehké mentální vady.“
- „Pro lehká kombinovaná postižení“
- „V rámci možností asi pro všechny“
- „Neagresivní, částečně soběstační“
- „Rodina sama musí posoudit, zda zvládne péči o svého zdravotně postiženého člena. Některá rodina zvládne péči o těžce mentálně postiženého a jiná nezvládne ani péči o lehce mentálně postiženého.“

Na otázku číslo 19: „**Pro jaký typ klientů je vhodnější ústavní péče?**

Uveďte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.“

- 3 respondenti: těžké mentální postižení a tělesná vada
- 2 respondenti: vyšší stupeň postižení a agresivitu.
- 18 respondentů: jiné odpovědi: Když jsou rodiče staří. - Pro žádný typ. - Zdravotní potíže. - Těžce zdravotně postižení klienti, kteří nemají za běžných podmínek možnost žít v rodině (rodina má náročnou práci, nemá prostředky – časové, finanční, odborné,...) - Pro klienty, kde rodinná péče selhává. - Nezvladatelní klienti v rodinném prostředí. Klienti potřebují odbornou péči zdravotního personálu. Klienti s těžkými formami poruch chování vůči sobě i okolí. Klienti, kteří potřebují 24hodinovou ošetrovatelskou péči.“

3.3.1.3 Zúčastněné pozorování v DPK

Za 5 měsíců mé dobrovolnické činnosti v DPK jsem se snažila získat informace metodou zúčastněného pozorování. Při různých aktivitách s klienty

jsem měla možnost bližšího kontaktu a seznámení se s nimi. Mnoho klientů již nemá své rodinné příslušníky a jsou odkázáni sami na sebe a na péči personálu DPK. Ti, kteří v Domově žijí už dlouhou dobu či dokonce od dětského věku, jsou již zvyklí říkat, že jsou v ústavním zařízení spokojeni. Vysvětlením může být to, že sami lepší život nepoznali a nemají možnost srovnání.

Personál je většinou milý a ochotný, prostředí Domova je pestrobarevně vyzdobeno ručními výrobky klientů. Domov má i zahradu, kam klienti mohou chodit v jarních a letních obdobích. Změnou právní formy z Ústavu na Domov se změnila i legislativa a klienti již mají větší osobní volnost. Ti, kteří jsou právně způsobilí, mají možnost chodit na procházky, jezdit do města. Těchto klientů není ale mnoho, ostatní jsou odkázáni na personál a musí dodržovat zásady a pravidla dané Domovem.

Klienti mají určený a plánem daný program pro každý den, každý má své povinnosti a musí je plnit. Někteří klienti pracují na vrátnici, další mají na starost stolování v jídelně, jiní navštěvují Speciální školu Svítání. V odpoledních hodinách mají klienti volnočasové aktivity – kreslení, batikování, keramika, hraní her, procházky.

Klienti, kteří žijí v Domově již delší dobu, ve většině případů mají zájem se zúčastnit každodenních aktivit. Klienti, kteří jsou v Domově krátce, se těžko adaptují na organizovaný způsob života v Domově.

Problémem velkého organizovaného komplexu je neosobní přístup k jedinci. V současné době jsou omezené možnosti individuálního přístupu ke klientům.

Jako dobrovolnice jsem se pravidelně setkávala s dvěma klienty DPK. Klienti měli zájem o počítač a psaní e-mailů svým rodinám, proto jsem je

seznamovala se základními znalostmi o počítači a s mou pomocí jsme psali e-maily. Klienti jsou většinou mentálně postižení a neovládají čtení a psaní.

Jeden z nich umí psát, číst a své znalosti si rozšiřuje a upevňuje v Praktické škole Svítání. Tento klient je již staršího věku a nemá své rodiče, jen sestru a ostatní příbuzné, kteří ho málokdy navštěvují. Je to hodný člověk, který trpí jen mírným stupněm mentálního a tělesného postižení. Jeho reakce jsou sice pomalejší, je však schopný, umí psát na počítači a s radostí a nadšením pravidelně očekává odpověď od svých příbuzných. Vyžaduje však větší míru spolupráce při této činnosti a vítá oporu dobrovolníka, protože personál DPK z časových důvodů se mu nemůže více věnovat.

Mnozí klienti se cítí být osamoceni a ochotně přijmou pomoc dobrovolníků i ve veřejnosti. Věřím, že transformace, která je teď v počátcích, může být přínosem pro začlenění postižených občanů do společnosti.

3.3.2 Denní centrum Svítání

Od října roku 2008 do února 2009 byly získány informace zúčastněným pozorováním na základě mé dobrovolnické činnosti. Ve stacionáři jsou klienti podporováni v seberealizaci, vytvářejí různé druhy výrobků v sociálně terapeutických dílnách.

3.3.2.1 Zúčastněné pozorování v Denním centru Svítání

Klienti mají možnost navštěvovat stacionář od pondělí do pátku a jsou sváženi zdarma MHD Pardubice. Rodinní příslušníci mohou normálně pracovat a odpočinout si od náročné péče o mentálně postiženého člena rodiny.

Na klientech je zřetelné, že žijí v rodinách, že jsou samostatnější, jsou schopni se rozhodovat sami za sebe a vybrat si činnosti, které je baví. Mají větší prostor na vyjádření svého názoru, jsou méně závislí a nefixují se tolik na ostatní.

Kombinaci rodinného života s denním stacionářem považuji v současné době za nejvhodnější volbu pro mentálně postiženého člověka.

3.3.3. Péče v rodině

Domácí péče o mentálně postiženého člena rodiny je mimořádně náročná činnost, vyžaduje pevnou vůli a značnou dávku duševních sil. Pečující osoby – rodiče, sourozenci – musí překonávat psychickou zátěž, nepříznivé vlivy okolí, ekonomické problémy. Uskutečnit návštěvy a pozorování ve složitých poměrech těchto rodin je z praktických i z etických důvodů obtížné.

3.3.3.1 Zúčastněné pozorování v rodině mentálně postiženého občana

Praktické návštěvy se zúčastněným pozorováním byly realizovány v intelektuálním prostředí rodiny našeho kamaráda, který pečuje o svého postiženého bratra.

Čtyřicetiletý Martin P. trpí kombinovaným mentálním postižením. Charakter choroby je neobvyklý, definice ze zdravotního hlediska nevyjasněná a komplikovaná. Martinův vývoj v období předškolního věku nenaznačoval žádné známky mentálního postižení. Navštěvoval základní školu, zakrátko

však byl převeden do speciální školy z důvodu zhoršujícího se prospěchu a neschopnosti se soustředit. Naučil se číst a psát, mluvil a hrál si.

Ve věku 13 až 14 let přestal mluvit, tedy v období začínající puberty, postupně přestal komunikovat s okolím, uzavřel se do sebe a projevoval typické známky introvertního chování. Během dospívání tyto projevy nabyly trvalého charakteru, je zcela uzavřený, ovšem celkově stabilizovaný. Zvládá základní osobní péči (např. je schopen se obléct, najíst se, dojít si na toaletu, pomáhá s jednoduchými domácími pracemi), rád čte historické romány a knihy o přírodě, poslouchá klasickou hudbu a vnímá televizní programy. Je nezdrženlivý k jídlu (v tomto směru se musí hlídat). Vůbec nemluví, ale vnímá své okolí, chápe slova a sdělení svých blízkých, reaguje přiměřeně, není agresivní a neobtěžuje, toleruje a je tolerován.

Při návštěvách a rozhovorech s členy rodiny za přítomnosti Martina byly vyhledávány vhodné způsoby komunikace a činěny pokusy o jeho začlenění do společných aktivit. Bylo zřejmé, že se rád zúčastňuje kolektivního sezení u kávy a pasivně pozoruje dění ve svém okolí.

Extrémní typ jeho onemocnění je charakterizován velkým zájmem o klasickou hudbu (např. Mozart). Projevem zjevné retardace však je zájem o dětské hry. Těší se na návštěvy přátel s dětmi, se kterými hraje dětské hry, např. pexeso.

Martin žije doma s maminkou a bratrem s jeho rodinou, v péči o něho se střídají. Jednou týdně Martin navštěvuje denní stacionář. O víkendech jezdí s maminkou na výlety a chodí na procházky. Z rozhovoru s Martinovou maminkou byly zjištěny zajímavé informace: Martin je hodný, klidný, nekonfliktní, neagresivní muž, který se sám dokáže na celý den zabavit, vydrží skládat i několik hodin puzzle, poslouchat klasickou hudbu a se zálibou číst knížky. Martin si rád hraje se svoji neteří, se kterou často chodí na procházky se psem. Martin vyžaduje trvalý dohled. Díky střídavé

a ochotné péči celé jeho rodiny o ústavní péči zatím neuvažují. Pečují o něho s láskou a citem, kterou mu ústavní zařízení nemůže nabídnout. Martin žije doma již od narození a změnou prostředí by mu neradi ublížili na jeho zdraví.

3.4 Výsledky a hodnocení

Z dotazníkového průzkumu vyplynuly názory respondentů – sociálních pracovníků, kteří pečují o MP klienty v DPK. Z vyhodnocení dotazníků vyplývá, že v sociálním zařízení v Rábech pod Kuňkou pracují převážně ženy. Ženy mají vyšší sociální citění než muži a jsou obětavější, spojuje je mateřská láska a také větší pochopení pro lidi s postižením. Dalším důvodem je nižší platové ohodnocení, které neumožňuje mužům jako živelům rodin pracovat v této sféře.

V zařízení pracují lidé různého věku, nejpočetnější je skupina mezi 20 až 45 lety v počtu 14 respondentů (60,87 %) a skupina nad 45 let v počtu 11 respondentů (39,13 %).

Vzdělání respondentů: základní školu uvedl 1 respondent (4,36 %), střední školu bez maturity 4 respondenti (17,39 %), střední školu s maturitou 11 respondentů (47,82 %), vyšší odbornou školu 3 respondenti (13,04 %) a vysokou školu 4 respondenti (17,39 %).

Většina zaměstnanců DPK má kurz v oboru sociální práce (tj. 61 %). Je zřejmé, že někteří zaměstnanci si toto povolání zvolili z důvodů dostupnosti zaměstnání, důchodového věku, nemožnosti najít jiné zaměstnání atd. Podle novelizovaných předpisů je stanovena minimální kvalifikace sociálních pracovníků, kteří mohou pracovat v sociálním zařízení. Další zaměstnanci jsou sociálními pracovníky/pracovnicemi s odpovídající kvalifikací (tj. 26 %), mají o toto povolání zájem a zajímají se o perspektivy tohoto oboru do budoucna, v tomto oboru vidí smysl povolání. Zbýlých 13 % zaměstnanců

vystudovalo obor zdravotní sestra/bratr s psychiatrickou nástavbou a jsou přesvědčeni o smysluplnosti povolání.

Většina sociálních pracovníků v uvedeném zařízení nemá zkušenosti s mentálním postižením v jejich vlastní rodině (20 respondentů, tj. 87 % z celkového počtu respondentů), 3 respondenti tuto zkušenost z minulosti mají (tj. 13 %).

Osoby pečující o mentálně postižené si myslí, že reakce občanů (např. při veřejných procházkách a akcích) na mentálně postižené jsou z 43,5 % pozitivní, neutrální reakce z 17,4 %, nezájem a ignoranci projevuje 34,8 %, zjevně negativní postoj má 4,3 % občanů.

Klienti ústavního zařízení se cítí mezi obyvateli obce dobře, negativní reakce nevnímají nebo si je neuvědomuje.

Většina zaměstnanců navrhla pro zlepšení podmínek mentálně postižených doporučit vyšší informovanost veřejnosti prostřednictvím médií, také nutnou deinstitucionalizaci systému péče a rozšíření sociálních služeb do menších obcí. Další nutností je transformace ústavních zařízení s dostatkem kvalifikovaného personálu a rozšíření služeb chráněného bydlení s asistenčními službami. Nezbytná je změna pracovního prostředí a přístupu společnosti.

Současná ústavní zařízení, která připravují transformaci, nabízejí klientům možnost integrovat se do společnosti různými aktivitami, např. sportovní, kulturní, hudební, výletní a výtvarné akce. Přestože ústavní zařízení nabízejí pestrou škálu akcí, nelze mluvit o integračním procesu, jelikož tyto akce jsou většinou pořádány v uzavřeném prostředí s postiženými lidmi, bez veřejnosti. Ve Švédsku existují komunitní kluby, kde nejsou separováni lidé zdraví a zdravotně postižení. Umožněna je tak výchova i spolupráce ve společnosti jako vhodné východisko integračního procesu.

Sociální pracovníci DPK mají zájem o transformační změnu jejich ústavního zařízení, a to téměř 70 %, tj. 16 respondentů. Zpočátku je nezbytná podpora klientů ze strany sociálních pracovníků, která se postupem času bude snižovat.

Většina sociálních pracovníků DPK (tj. 78 %) uvádí, že klienti s nižším stupněm postižení touží opustit ústavní zařízení a žít samostatně. Zájem klienta o osamostatnění s věkem a dobou pobytu v ústavním zařízení klesá. Sociální pracovníci doporučují systém chráněného bydlení, a to v počtu 16 hlasů, tedy 69,57 % z celkového počtu respondentů.

Ve Švédsku byla ústavní zařízení téměř zrušena a byla nahrazena jinými druhy péče podporujícími život zdravotně postiženého v rodině. Tento systém by uvítalo 52 % sociálních pracovníků v DPK (tj. 12 pracovníků). Další tvrdí, že systém v ČR je vyhovující a jiní uvádějí, že záleží na stupni postižení a společenském přijetí.

Proces transformace bude probíhat ještě několik let, je třeba odstranit nedostatky a zajistit odpovídající služby. Z této analýzy vyplývá, že systém péče o mentálně postižené v menších kolektivech nebo v rodinách je preferován ze strany zaměstnanců DPK a je lepší než ve velkých ústavních zařízeních.

Zaměstnanci DPK v 56 % (13 respondentů) potvrzují kladné zkušenosti s dobrovolníky a jsou spokojeni s jejich prací v DPK. Dalších 34,78 % (8 respondentů) se doposud s dobrovolníky nesešlo, ale má zájem o jejich spolupráci. Zbývajících 9,22 % (2 respondenti) zaměstnanců uvádí záporné zkušenosti, protože práce s mentálně postiženými je náročná a dobrovolníci nevytrvají v této činnosti dlouhodobě.

Zkušených 15 zaměstnanců (65,22 %) uvádí, že dobrovolníci přispívají k integraci klientů do společnosti pomocí různých aktivit. Klienti se stýkají

více s veřejností a učí se komunikovat s dobrovolníkem. Další 4 respondenti (17,39 %) si myslí, že dobrovolnictví nepřispívá k integračnímu procesu. Zbývající 4 respondenti (17,39 %) sdělují, že dobrovolnictví je individuální činnost, která se odvíjí od každého jedince.

Jako nejčastější důvod umístění klientů do ústavního zařízení uvádí 10 zaměstnanců (43,48 %) ztrátu rodinných příslušníků. Tato skutečnost se potvrdila i z mého kontaktu s klienty a z rozhovoru s vedoucí DPK. Dalším důvodem pro 2 zaměstnance (8,70 %) je špatná finanční stránka rodiny postiženého. Ostatních 11 respondentů (47,82 %) uvádí různé příčiny, např. dysfunkčnost rodiny, těžké zdravotní postižení (rodina nezvládá péči vlastní ani o postiženého) nebo soudem nařízená ústavní péče.

Průzkumem bylo v ústavním zařízení DPK potvrzeno 17 zaměstnanci (73,92 %), že ústavní péče nemůže v plné míře nahradit a zajistit rodinnou péči. Další 3 zaměstnanci (13,04 %) uvádějí, že ústavní péče může být nahrazena rodinnou péčí a 3 zaměstnanci (13,04 %), že ve spojení s rodinnou vazbou dle jejich názoru může být ústavní péče dobrá.

Ústavní péče je vhodná jen v případech těžkých zdravotních postižení, agresivního chování klienta nebo nefunkčnosti jeho rodiny.

Proškolovací kurzy, které se týkají sociálních služeb, se konají několikrát ročně a jsou určeny pro zaměstnance sociálních služeb. Tyto kurzy jsou většinou hodnoceny 17 zaměstnanci (73,91 %) kladně, ostatní s kurzy zatím nemají zkušenosti.

S ohledem na kvalitativní metodu průzkumu jsou procentuální údaje uváděny pro ilustraci, jelikož vzhledem k malému počtu respondentů ze statistického hlediska a vzhledem malému počtu respondentů nejsou adekvátní.

4.0 DISKUZE

Již od počátku organizované lidské společnosti se projevovала potřeba řešit problém zdravotně a zejména mentálně postižených lidí. Tradiční rodina cítila povinnost pečovat o své členy v mezích svých možností. Neosobní státní systém, který vycházel z kolektivní mentality, podporoval tvorbu ústavních zařízení. Zřizování separátních ústavů pro nežádoucí skupiny lidí bylo spíše projevem nedostatečnosti a slabosti sociálního systému. Ještě koncem minulého století byl preferován kolektivní způsob života v ústavních zařízeních, např. dětské domovy, domovy důchodců a domovy pro zdravotně postižené.

Současné tendence směřují k humanizaci života těchto lidí. Cílem transformace sociálního systému je umožnit těmto lidem život v rodinách nebo malých kolektivech a zajistit maximální míru soběstačnosti každého jedince. Cílem je deinstitucionalizace a omezování byrokratizmu, zapojení se většiny postižených do společnosti.

Tělesně postižení různých kategorií a stupňů jsou většinou schopni posoudit svůj objektivní stav, rozhodovat se, hledat řešení, podílet se na péči o vlastní

osobu a spolupracovat s pečovateli a pracovníky sociálních služeb. Mnozí nacházejí uplatnění mezi zdravými spoluobčany a dokážou být do značné míry samostatní.

Kategorie mentálně postižených a duševně nemocných lidí je z hlediska nároků na péči fyzickou i psychologickou podstatně náročnější. Obecné tendence v minulosti směřovaly k izolaci těchto lidí v separovaných ústavech.

Projevy mentální vady bývají pro příslušnou kategorii charakteristické, liší se pouze hloubkou postižení konkrétního jedince. Existuje však řada kombinovaných a atypických mentálních postižení; jejich úspěšné a profesionální zvládnutí předpokládá individuální přístup ke klientovi.

Studijní zaměření bakalářské práce vyplývá z dřívější dobrovolnické činnosti v Denním centru Svítání a v Domově pod Kuňkou v Rábech. Výhodou byla znalost prostředí a předchozí zkušenosti. Příprava výzkumného programu byla umožněna díky ochotě a zájmu pracovníků v těchto organizacích. Během přípravy výzkumného programu byly získány cenné informace při řadě krátkých rozhovorů se zkušenými lidmi, kteří dlouhodobě pracují s mentálně postiženými klienty. Doporučení a upozornění na vlastnosti a chování klientů bylo cenné. Systém otázek jednotlivým klientům byl připraven tak, aby bylo možné očekávat odpověď nebo adekvátní reakce. Pro sociální pracovníky Domova pod Kuňkou (DPK) byly zpracovány polostandardizované dotazníky, s vedoucími sociálních pracovníků DPK a Denního centra Svítání byly vedeny polostandardizované rozhovory a také byla uskutečněna zúčastněná pozorování v těchto zařízeních i v rodině.

Současná světová ekonomická krize přináší problémy i zdravotně postiženým v jejich pracovním uplatnění, např. diskriminace a neochota ze strany zaměstnavatelů. Orgány EU kritizují ČR, která jako jediná členská země nemá dosud antidiskriminační zákon. [Zprávy ČT24 28. 2. 2009] ČR dosud nemá v zákonech obecně platnou definici zdravotního postižení, proto

připravuje „Národní rada zdravotně postižených“ podklady pro parlamentní jednání v této věci.

Počty postižených v ČR dle internetových údajů se velice liší, v roce 2003 žilo u nás údajně 290 793 mentálně postižených osob, v roce 2006 bylo evidováno 106 699 těchto občanů. Nepoměr vychází zejména ze způsobu výpočtu, hodnocení míry postižení a pokroků ve zdravotnictví. [Příloha č. 1], [MPSV 2008: online]

Proces transformace sociálních služeb bude probíhat ještě několik následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb. Podpora transformace v České republice probíhá již od roku 2007, v roce 2013 bude zhodnocena celá situace a budou vypracovány koncepce pro další období.

5.0 ZÁVĚR

Průzkum byl uskutečněn ve dvou odlišných zařízeních pro péči o mentálně postižené. Domov DPK je velký objekt pro trvalý pobyt klientů, zatímco stacionář Svítání je určen pro lehce postižené, kteří žijí v rodinách a do stacionáře denně docházejí. Malý počet a různorodost postižení klientů umožnilo kvalitativní posouzení systému. Tato pozorování způsobu rodinné péče byla uskutečněna v rodině mentálně postiženého jedince.

Podle názorů sociálních pracovníků:

- klienti ústavního zařízení se cítí mezi obyvateli obce dobře, negativní reakce nevnímají nebo si je neuvědomují
- touha klientů bydlet samostatně mimo ústav klesá s věkem a délkou pobytu v ústavu
- ústavní péče nemůže v plné míře nahradit a zajistit rodinnou péči
- nejčastější příčinou umístění mentálně postižených do ústavního zařízení je ztráta rodinných příslušníků
- dobrovolníci v ústavech napomáhají k integraci klientů do společnosti, pracovníci ústavu hodnotí zkušenosti s dobrovolnictvím kladně

- umístění objektu ústavního zařízení hraje určitou roli v integraci do společnosti
- proškolovací kurzy týkající se sociálních služeb hodnotí zaměstnanci kladně
- systém péče o mentálně postižené je lepší v menších kolektivech nebo v rodinách, než ve velkých ústavních zařízeních
- transformační proces podporuje většina zaměstnanců uvedených zařízení
- někteří zaměstnanci a rodiče klientů mají obavy z překotných transformačních změn
- denní/týdenní stacionáře jsou významnou pomocí pro rodinné příslušníky zdravotně nemocných osob
- chráněná bydlení budovaná v obcích probouzí v části obyvatelstva, pochybnosti a obavy
- švédský způsob péče o zdravotně postižené může být vzorem pro ČR

Zpracované dotazníky a rozhovory s klienty i se zaměstnanci obou zařízení byly přínosem i pro sociální pracovníky, kteří si potvrdili své zkušenosti a měli výhrady vůči současnému konzervativnímu a zpozdilému způsobu péče. Dotazníkové šetření iniciovalo další rozhovory na toto téma mezi zkušenými zaměstnanci.

V současné době zkoumané zařízení DPK připravuje postupný přechod ústavní péče k chráněnému bydlení, způsobu života rodinného typu (malé bytové jednotky v občanské zástavbě). Cílem je integrace a resocializace těchto občanů do většinové společnosti.

Stacionář Svítání rovněž uplatňuje nový program vyšší úrovně vzdělávání, zájmových kroužků a sociálně terapeutické činnosti pro klienty, kteří žijí v rodinném prostředí.

Existuje řada podpůrných služeb pro postižené občany, kteří docházejí do místa bydliště klienta, např. pečovatelské a asistenční služby. Na základě

příspěvku na péči si každý postižený člověk může zvolit službu dle svých přání a požadavků.

Naším vzorem pro transformační proces je Švédsko, kde byly zrušeny ústavy a vybudován velice nákladný sociální systém asistencí a služeb. Velký předstih Švédska v této oblasti vylučuje možnosti srovnávání. Transformační proces u nás je dlouhodobý.

Dobrovolnická činnost v rodině a ve dvou zcela odlišných sociálních systémech pro mentálně postižené poskytla možnost seznámit se dokonale s naší realitou. Objektivitu těchto zjištění nelze vyhodnocovat statistickým způsobem vzhledem k malému počtu respondentů a odlišnosti dvou sledovaných systémů. Kvalitativní hodnocení odpovědí respondentů dalo dobrý přehled o současném stavu sociální péče u nás, o názorech pečovatелů a potřebách postižených osob.

6.0 POUŽITÁ LITERATURA

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 111. ISBN 80-7367-002-X.

ČADILOVÁ, Věra. et al. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 9788073673192.

CHÁB, Milan. Svět bez ústavů. Praha: QUIP - Společnost pro změnu. 2004. ISBN 80-239-4772-9.

VYSOKAJOVÁ, Margerita. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. Praha: Karolinum, 2000. ISBN80-246-0057-9.

Lisá, H. Obce, města, regiony a sociální služby. Praha: Socioklub, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

RENOTIÉROVÁ, Marie. LUDÍKOVÁ, Libuše a kolektiv. Speciální pedagogika, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc: 2005. ISBN: 80-244-1073-7.

GIDDENS, Anthony, Sociologie. Argo: 2000. ISBN:80-7203-124-4 .

Zprávy ČT24 28. 2. 2009

Internetové zdroje:

BUBENÍČKOVÁ, Hana. E - bariéry osob se zdravotním postižením. E - bariéry osob se zdravotním postižením [online]. 2002-2008, roč. 2008 [cit. 2009-01-01], s. 1. Dostupný z WWW: <<http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>>.

Deinstitucionalizace [online].[cit.2008-12-12]. Quip – Společnost pro změnu. URL: <http://kvalitavpraxi.cz/res/data/000132.pdf>

Analýza sociálně ekonomické situace těchto občanů [online]. 1996 [cit. 2008-12-20], s. 1. Dostupný z WWW: <<http://www.socioklub.cz/vyzkum7.php>>.

Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Odbor 22. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. 2007 [cit. 2009-01-14], s. 1-26. Dostupný z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České Republice ve vývojových řadách a grafech 2007. Praha 2008 MPSV. 7. Sociální služby: Tabulka č. 7.1 Zařízení sociálních služeb Druh zařízení [online]. 2008 [cit. 2008-12-13], s. 40. Dostupný z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/6049/casove_rady.pdf>.

Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Zdravotní postižení: Příloha č. 3 Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. [online]. 2008, roč. 2008 [cit. 2008-10-20], s. 1-5. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>>.

Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením. Komu jsou dávky poskytovány? : Výčet dávek [online]. 2008 [cit. 2008-11-14], s. 1-3. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/8#dsp>>.

Česko. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Platná znění zákonů s vyznačením navrhovaných změn: Platné znění částí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s vyznačením navrhovaných změn. HLAVA II : VÝŠE PŘÍSPĚVKU [online]. 2008 [cit. 2009-02-01], s. 4-5. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3_mp_rack7jtfkllh.pdf>.

WIKIPEDIA. DNA [online]. 2009 [cit. 2008-10-15], s. 1-3. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/DNA#V.C3.BDznam_DNA_v_praxi>.

WIKIPEDIA. Socializace. Socializace [online]. 2007 [cit. 2009-03-14], s. 1. Dostupný z WWW: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/176702-socializace>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, ODBOR 22. Standardy kvality sociálních služeb. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb [online]. 2008 [cit. 2008-11-20], s. 1-4. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Odbor 22. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. 2007a [cit. 2009-01-14], s. 5-7.

Dostupný z WWW:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Odbor 22. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. 2007b [cit. 2009-01-14], s. 8-10.

Dostupný z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Odbor 22. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online]. 2007c [cit. 2009-01-14], s. 11-14.

Dostupný z WWW:

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Kód: 3309-08. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. 4. Závěr [online]. 2008 [cit. 2008-12-10], s. 1. Dostupný z WWW:

<<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Základní údaje o České republice. Tab. 1 Obyvatelstvo [online]. 2009 [cit. 2009-01-15], s. 1. Dostupný z WWW:

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zakladni_udaje_o_ceske_republice>.

SOCIOKLUB, - SDRUŽENÍ PRO PODPORU ROZVOJE TEORIE A PRAXE SOCIÁLNÍ POLITIKY. Výzkumná činnost. "Analýza sociálně ekonomické situace osob se zdravotním postižením a návrhy na další postup" [online]. 2001 [cit. 2008-10-05], s. 1. Dostupný z WWW:

<<http://www.socioklub.cz/vyzkum7.php>>.

KOČÍ, Renata. Informace o plánovaných změnách při poskytování sociálních služeb v DPK : Dopis blízkým osobám klientů. Informace o plánovaných změnách při poskytování sociálních služeb v DPK [online]. 2009, roč. 2009 [cit. 2009-02-20], s. 1. Dostupný z WWW:

<http://domovpodkunkou.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:dopis-blizkym-osobam-klient&catid=48:transformace&Itemid=72>.

KOČÍ, Renata. Informace k procesu transformace DPK ze dne 11. 2. 2009 [online]. 2009, roč. 2009 [cit. 2009-02-20], s. 1. Dostupný z WWW:

<http://domovpodkunkou.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=136:informace-k-procesu-transformace-dpk-ze-dne-11-2-2009&catid=48:transformace&Itemid=7>.

SLEZÁK, Jan. Co poskytujeme?. Základní poskytované činnosti 47 4 Další poskytované činnosti 27 5 Cíle poskytovaných služeb [online]. 2008 [cit. 2008-12-13], s. 1. Dostupný z WWW:

<http://www.domovpodkunkou.cz/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=54>.

VLÁDA ČR (C) 2009. Příloha č. 2. Soubor vybraných statistických dat vážících se k problematice zdravotního postižení, východiskům a úkolům Střednědobé koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením: Celkový počet občanů se zdravotním postižením. Orientační počet zdravotně postižených v letech 2003 z celkového počtu obyvatel ČR [online]. 2006 [cit. 2008-10-10]. Dostupný z WWW:

< <http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=6691> >.

SPINDLER, Lennart. IT for Disabled and Elderly People Action in the Swedish public sector during 2000. The Ministry of Health and Social Affairs [online]. 2001, vol. 2001 [cit. 2009-02-15], s. 1-36. Dostupný z WWW:

<<http://www.hi.se/Global/pdf/2000/00349.pdf>

Základní škola a Praktická škola, o.p.s. O DENNÍM CENTRU [online]. 2008, roč. 2008 [cit. 2008-01-12], s. 1-30. Dostupný z WWW: <http://www.svitani.cz/denni_centrum/o_dennim_centru>.

JOHNOVÁ, Milena. Zkušenosti s transformací ústavní péče. [online]. 2008, Quip – Společnost pro změnu 2008. [cit. 2008-01-12], str. 1-25. Dostupný z WWW:<<http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/zkusenosti-s-transformaci-ustavni-pece.html>>

7.0 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Počet zdravotně postižených obyvatel v ČR v roce 2003

Příloha č. 2: Počet obyvatel v ČR v roce 2007

Příloha č. 3: Dotazník pro sociální pracovníky DPK

Příloha č. 4: Mimořádné výhody I., II., III. stupně

Příloha č. 5: Kategorie mentální retardace (MR)

Příloha č. 6: Výše příspěvku dle stupně postižení

Příloha č. 7: Rozdělení sociálních služeb dle § 38 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Příloha č. 8: Rozhovor s vedoucí sociální pracovnící v DPK

Příloha č. 1

Počet zdravotně postižených obyvatel v ČR v roce 2003

Typ postižení	Počet obyvatel celkem k 1.1.2003: 10 203 269
Zrakově postižení	58 159
z toho těžce zrakově postižení	16 325

Sluchově postižení	96 931
z toho neslyšící	14 795
Poruchy řeči	58 159
Mentálně postižení	290 793
Vady pohybového ústrojí	291 814
z toho vozíčkáři	33 671
Diabetici	515 265
Duševně nemocní	96 931
Epileptici	135 704
Psoriatici	193 862
Celkem	1 802 409

Zdroj: [Vláda ČR 2009: online]

Příloha č. 2

Počet obyvatel v ČR v roce 2007

Počet obyvatel v ČR	2007
Počet obyvatel (střední stav obyvatel)	10 322 689

Zdr

oj: [Český statistický úřad 2009:online]

Příloha č. 3

Dotazník pro sociální pracovníky DPK

Jmenuji se Tereza Sejkorová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociologie na Univerzitě Pardubice. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění mého dotazníku, který se týká Vašeho názoru na téma: Ústavní a

rodinná péče o zdravotně postižené. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a jeho výsledky po statistickém zpracování použiji pro svoji bakalářskou práci: Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené v České republice s přihlédnutím k situaci ve Švédsku.

Dotazník se skládá ze dvou částí, první část zjišťuje Vaše osobní údaje a druhá část je zaměřena na dotazy z Vaší praxe.

Předem Vám děkuji za Váš čas, ochotu a vyplnění dotazníků.

Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

Věková kategorie

- a) Do 20 let
- b) Do 45 let
- c) Nad 45 let

Vzdělání

- a) Základní
 - b) Středoškolské bez maturity
 - c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vyšší
 - e) Vysokoškolské
-

1. Máte zkušenosti s mentálním postižením ve Vaší rodině?

- a) Ano
- b) Ne

2. Proč jste si vybral/a toto povolání?

- a) Jsem sociální pracovník/pracovnice.
- b) Práce v sociálních službách mě natolik zaujala, že mám kurz v tomto oboru

- c) Nemohl/nemohla jsem najít jiné zaměstnání
- d) Jiné. Uveďte, prosím.....

3. Jak podle Vašeho názoru reagují občané na Vaše klienty např. při procházkách, na veřejných akcích? Zakroužkujte nejčastější reakci.

- a) Pozitivní reakce (ochota, pomoc, pozdrav)
- b) Nezájem a ignorance (nepříjemné pocity, žádný vizuální kontakt)
- c) Negativní reakce (primitivní zvědavost, projevy odporu, slovní agrese)
- d) Neutrální reakce (přiměřená vizuálnímu kontaktu dvou neznámých lidí)

4. Jaká opatření byste navrhl/a, aby došlo ke zlepšení podmínek pro mentálně postižené? Prosím, uveďte.

.....
.....

5. Jakým způsobem a jak často se klienti účastní veřejných akcí za účelem integrace do společnosti? Zakroužkujte nejčastější aktivity a doplňte prosím, kolikrát ročně se tyto aktivity konají?

- a) Kulturní vyžití (kino, besídka).....
- b) Sportovní akce (plavání, fotbal, míčové hry).....
- c) Hudební akce (koncert).....
- d) Výtvarné akce (malování, práce s keramikou, práce s papírem, batikování).....
- e) Výlety (tuzemské, zahraniční).....
- f) Jiné. Uveďte, prosím.....

6. Myslíte si, že je možné, aby mentálně postižený člověk s nízkým stupněm závislosti bydlel samostatně mimo ústav?

- a) Ano

b) Ne

c) Jiné. Uveďte, prosím.....

7. Myslíte si, že někteří klienti ústavu s nižším stupněm postižení touží opustit ústav a žít samostatně

a) Ano

b) Ne

7a. V případě, že jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na následující otázky:

Myslíte si, že zájem klienta o osamostatnění s věkem

a) Klesá

b) Stoupá

c) Je stále stejný

d) Jiné.....

7b. Myslíte si, že zájem klienta s dobou pobytu v ústavu?

a) Klesá

b) Stoupá

c) Je stále stejný

d) Jiné.....

8. Pokud by člověk s mentálním postižením bydlel samostatně (tj. mimo areál zařízení), bylo by podle Vás vhodné, aby bydlel:

a) V chráněném bydlení (dohled, pomoc při zajištění chodu domácnosti)

b) Zcela samostatně v domě s normální populací

c) Nemůže bydlet samostatně vůbec

9. Jak často jste proškolení ve Vašem oboru?

a) 1x ročně

b) 2x ročně

c) Ještě jsem nebyl/a

- d) Nemám zájem
- e) Jiné.....

10. Je pro Vás vždy školení přínosné?

- a) Ano, hodnotím kladně.
- b) Ano, ale mám připomínky.....
- c) Ne. Prosím, navrhněte změnu.....

11. Ve Švédsku byla ústavní zařízení téměř zrušena a byla nahrazena jinými druhy péče

(respitní péče, komunitní kluby atd.) podporujícími život zdravotně postiženého v rodině. Jaký je Váš názor, prosím, uveďte.

- a) Tento systém by bylo dobré zavést také v České republice.
- b) Systém v České republice je vyhovující a potřebný.
- c) Jiný.....

12. Myslíte si, že Vaše ústavní zařízení je vybudováno na správném místě pro integraci do společnosti?

- a) Ano
- b) Ne

12a. V případě, že jste odpověděli NE, odpovězte prosím na následující otázku:

Z jakého důvodu si myslíte, že NE?

- a) Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od centra obce.
- b) Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od místní dopravy (např. autobus, vlak, MHD)
- c) Jiné.....

13. Jaké jsou Vaše zkušenosti s dobrovolníky?

- a) Kladné
- b) Záporné. Prosím, vysvětlete.....
- c) Dopusud žádné

14. Myslíte si, že dobrovolnictví přispívá klientům k integraci do společnosti?

- a) ANO
- b) NE
- c) Jiné.....

15. Myslíte si, že ústavní péče o mentálně postižené může nahradit rodinnou péčí?

- a) ANO
- b) NE
- c) Jiné.....

16. Z jakých důvodů jsou mentálně postižené osoby umístěny do ústavních zařízení?

- a) Z důvodu ztráty rodinných příslušníků.
- b) Z finančních důvodů rodinných příslušníků.
- c) Jiné.....

17. Jak se podle Vašeho názoru cítí klienti ústavu mezi obyvateli obce např. při procházkách a veřejných akcích?

- a) Dobře.
- b) Neutrálně.
- c) Špatně.

18. Pro jaký typ klientů je vhodnější rodinná péče? Uvedte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.

.....
.....

19. Pro jaký typ klientů je vhodnější ústavní péče? Uvedte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.

.....
.....

Příloha č. 4

Mimořádné výhody I., II., III. stupně

- **„Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):**
 - a. nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
 - b. nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních

- **Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):**
 - a. výhody uvedené v bodu 1
 - b. nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),

- c. sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
- **Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):**
 - a. výhody uvedené v bodech 1 a 2
 - b. nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
 - c. u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce
 - Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.“
[MPSV 2009: online]

Příloha č. 5

Kategorie mentální retardace (MR):

1. Lehká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 50-70, diagnostikována je asi u 85 % MR populace.
2. Středně těžká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 35-49, diagnostikována je asi u 10 % MR populace.
3. Těžká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 20-34, diagnostikována je asi u 5 % MR populace.
4. Hluboká mentální retardace, při které je IQ nižší než 20, diagnostikována je u méně než 1 % MR populace. [Čadilová 2007: 26-28]

Příloha č. 6

Výše příspěvku dle stupně postižení

- **Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku z důvodů náročnější péče (za kalendářní měsíc):**
 - I. 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - II. 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - III. 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - IV. 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

 - **Výše příspěvku pro osoby starší 18 let (za kalendářní měsíc):**
 - I. 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - II. 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - III. 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - IV. 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).
- [MPSV 2008: online]

Příloha č. 7

Rozdělení sociálních služeb dle § 38 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.:

- služby sociální péče (služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení dle § 38 ZSS)
- služby sociální prevence (napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných

zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby). Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Službou je též

- sociální poradenství (základní a odborné dle § 53 ZSS). [Matoušek 2007:43-44]

Příloha č. 8

Rozhovor s vedoucí sociální pracovnící v DPK

V (výzkumník, tazatel)

R (respondent)

V: „Dobrý den, po předchozí telefonické domluvě bych s Vámi dnes ráda udělala rozhovor na téma ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené, především o mentálně postižené, pokud nebudete proti. Píši bakalářskou práci na téma: „Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené a zaměřuji se na mentálně postižené občany“. Zajímá mě budoucnost Vašeho Domova a jaké jsou reakce Vašich =uživatelů na budoucí transformaci. Taktéž bych se ráda dozvěděla něco o integraci Vašich stávajících klientů do společnosti, jaké mají možnosti, jaké jsou vztahy mezi klienty navzájem. Případně s jakými problémy či zajímavostmi se DPK právě teď zabývá“

R: „Dobrý den, slečno Sejkorová, velice ráda Vám zodpovím nejen tyto dotazy, ale také Vám ráda přispěji do Vašeho výzkumu i svými zkušenostmi jako sociální pracovnice v DPK.“

V: Kolik klientů žije u Vás v Domově a jaké jsou důvody jejich umístění klientů do Domova?

R: „V Domově pod Kuňkou žije okolo 90 klientů s mentálním a kombinovaným postižením, také děti a mládež s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou. Klienti mohou být umístěni do naší instituce již od tří let věku. Příčinami umístění mentálně postižených do Domova je nejčastěji ztráta rodiny a rodinných příslušníků a další příčinou je také vážný zdravotní stav člena rodiny, který neumožňuje péči o své nejbližší. Malé děti jsou u nás

většinou z toho důvodu, že žily v dysfunkčních rodinách a byla jim soudem nařízena ústavní výchova. Také jsou u nás lidé, kteří mají vážnou poruchu a rodina se o ně z důvodu jejich zdravotního stavu (např. deformace končetin, epilepsie a dalších onemocnění) není schopná postarat. Máme tu i případy našich klientů, kteří sice mají své rodinné příslušníky, ale své blízké téměř nenavštěvují ani nejsou jimi navštěvováni. Zřejmě rodinní příslušníci nejsou schopni se vyrovnat s životní tragédií svých blízkých“

V: Do jaké míry je zainteresovaná rodina Vašich klientů?

R: „Míra zainteresovanosti rodin našich klientů je velice nízká, z 90 klientů je navštěvováno jen asi 20% (18) klientů rodinou a rodinnými příslušníky. Ti, kteří ještě mají své příbuzné, jsou v převážné většině odkázáni na náš Domov, jelikož rodina o ně nejeví zájem. Vždyť sama, Terezo, víš ze svých zkušeností, když jako dobrovolnice píšeš s našimi klienty emaily rodinám a rodinným příslušníkům, tak v mnohých případech se dozvídáš, že rodiny lžou a vymýšlejí si historky, že jsou celoročně nemocní a že je nemohou ani přijet navštívit. Mnohdy se stýkám s příbuznými až po smrti klienta, kdy si přijedou převzít dědictví, což je nemorální, nelidské a je mi vždycky z těch lidí zle a mám z nich husí kůži!“

R: „V 90 % případů je opatrovníkem našich klientů Statutární město Pardubice, pokud naši klienti nemají zákonného zástupce či opatrovníka z kruhu příbuzných či jiné osoby. Výkonem této funkce je pověřena vedoucí odboru sociálních věcí.“

V: Jaké jsou možnosti integrace klientů do společnosti Vašich klientů?

R: „Máme snahu umožňovat našim klientům kontakt s veřejností, což považujeme za vhodnou přípravu pro jejich možnosti osamostatnění. Naši klienti jezdí několikrát ročně do divadla, na hokej, na různé výlety a rekreační pobyty. Vystupují na různých konferencích po České republice. Máme také dny otevřených dveří, kdy se naši klienti stýkají s veřejností. Někteří také navštěvují Základní školu, Praktickou školu Svítání, která je ve městě v Pardubicích, jako dopravu do školy využívají MHD dopravy.“

V: Jaký vliv měl nový příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.?

R: „Klesly nám však dotace od státu, takže pro nás jako poskytovatele ústavního zařízení je tento typ příspěvku nevýhodný. Po zrušení příspěvku péče o osobu blízkou máme nižší příjmy.“

V: Jaký je Váš postoj k chráněnému bydlení, rozvíjí se u Vás v Domově p. K.?

R: „Můj postoj je samozřejmě kladný k této transformaci, tuto změnu je třeba vyvíjet postupně s dostatečným časovým harmonogramem a naplánováním do budoucna. U nás v Domově se tato transformace již rozvíjí a postupně se snažíme vytvářet menší objekty pro naše klienty a náš ohromný komplex omezit jen pro ty, kteří potřebují 24hodinovou péči. Je mnoho klientů, kteří by určitě mohli žít v chráněném či podporovaném bydlení. Ale obávám se dopadu na naše klienty, postupně je seznamujeme s naším záměrem do budoucna, ale obáváme se, že tento přechod bude pro ně spíše šokující. Již od malička někteří žijí ve velkém komplexu a nemají zájem na své stáří o žádnou změnu. Ale samozřejmě ne všichni bydlí v ústavním zařízení od malička a tento život bude pro ně mnohem přirozenější. Většina klientů se cítí v našem Domově dobře a bezpečně, proto také někteří nechápou důvod změny. Úkol transformace jistě nebude lehkým úkolem a jednotlivé krůčky pro naše sociální pracovníce a klienty budou velice náročné. Věřím, že transformace přinese mnoho dobrého pro život postižených lidí a odehraje podstatnou roli v jejich životě.“

V: Kdo má obavy z transformace ve Vašem okolí?

R: „Obavy přicházejí z řad rodin a obyvatel měst, kde máme mít v budoucnu naše chráněná bydlení. První byt bude v provozu od 1. března tohoto roku v Sezemicích, kde by naši dva klienti měli být postupně zaškolení a připravováni na samostatný život. Již v této době jsou klienti s touto věcí seznámeni, ale myslím si, že zatím vůbec netuší, co je čeká. Bude pro ně těžké se adaptovat v jiném prostředí a taktéž se budou muset starat sami o sebe a zvykat si na jiný a doufejme lepší a přínosný život. Postupně s touto skutečností seznamujeme rodiče a budoucí sousedy našich

klientů a ujišťujeme je, že tento krok je tím správným pro společnost a hlavně pro seberealizaci našich klientů, kteří budou moci žít normálním lidským životem.

Transformace je celorepublikový záměr k přiblížení se Evropské Unii a jejím požadavkům. Naše zařízení DPK patří mezi první v rámci transformačního procesu v ČR. Je zajímavé, že naše zařízení je nové a jiná zařízení chátrají a do této pilotáže vybrány nebyly. Teď opravdu čekáme, jaká nařízení přijdou a co s námi bude dál, jak dlouho potrvá tento proces. Úspěch transformace závisí na finančních prostředcích, na možnostech odkoupení domů a bytů pro naše klienty a na přístupu našich zaměstnanců.“

V: Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu, za poskytnutí informací při našem rozhovoru. Ať se Vám úspěšně daří v transformačním procesu a přeji Vám hodně úspěchů ve Vaši cílevědomé práci.

R: „Vůbec nemáte zač, tato problematika sociálních služeb mě opravdu baví, takže jsem ráda, pokud jsem Vám mohla přispět k Vaší bakalářské práci. Pokud byste měla ještě jakékoliv dotazy, tak se na mě můžete v budoucnu kdykoliv obrátit.“

V: Děkuji, přeji hezký den a nashledanou.

R: „Nashledanou“

7.0 PŘÍLOHY

- Příloha č. 1: Počet zdravotně postižených obyvatel v ČR v roce 2003
- Příloha č. 2: Počet obyvatel v ČR v roce 2007
- Příloha č. 3: Dotazník pro sociální pracovníky DPK
- Příloha č. 4: Mimořádné výhody I., II., III. stupně
- Příloha č. 5: Kategorie mentální retardace (MR)
- Příloha č. 6: Výše příspěvku dle stupně postižení
- Příloha č. 7: Rozdělení sociálních služeb dle § 38 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- Příloha č. 8: Rozhovor s vedoucí sociální pracovnící v DPK

Počet zdravotně postižených obyvatel v ČR v roce 2003

Typ postižení	Počet obyvatel celkem k 1.1.2003: 10 203 269
Zrakově postižení	58 159
z toho těžce zrakově postižení	16 325
Sluchově postižení	96 931
z toho neslyšící	14 795
Poruchy řeči	58 159
Mentálně postižení	290 793
Vady pohybového ústrojí	291 814
z toho vozíčkáři	33 671
Diabetici	515 265
Duševně nemocní	96 931
Epileptici	135 704
Psoriatici	193 862
Celkem	1 802 409

Zdroj: [Vláda ČR 2009: online]

Příloha č. 2

Počet obyvatel v ČR v roce 2007

Počet obyvatel v ČR	2007
Počet obyvatel (střední stav obyvatel)	10 322 689

Zdr

oj: [Český statistický úřad 2009:online]

Příloha č. 3

Dotazník pro sociální pracovníky DPK

Jmenuji se Tereza Sejkorová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociologie na Univerzitě Pardubice. Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění mého dotazníku, který se týká Vašeho názoru na téma: Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a jeho výsledky po statistickém zpracování použiji pro svoji bakalářskou práci: Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené v České republice s přihlédnutím k situaci ve Švédsku.

Dotazník se skládá ze dvou částí, první část zjišťuje Vaše osobní údaje a druhá část je zaměřena na dotazy z Vaší praxe.

Předem Vám děkuji za Váš čas, ochotu a vyplnění dotazníků.

Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

Věková kategorie

- a) Do 20 let
- b) Do 45 let
- c) Nad 45 let

Vzdělání

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou

- d) Vyšší
 - e) Vysokoškolské
-

1. Máte zkušenosti s mentálním postižením ve Vaší rodině?

- a) Ano
- b) Ne

2. Proč jste si vybral/a toto povolání?

- e) Jsem sociální pracovník/pracovnice.
- f) Práce v sociálních službách mě natolik zaujala, že mám kurz v tomto oboru
- g) Nemohl/nemohla jsem najít jiné zaměstnání
- h) Jiné. Uveďte, prosím.....

3. Jak podle Vašeho názoru reagují občané na Vaše klienty např. při procházkách, na veřejných akcích? Zakroužkujte nejčastější reakci.

- e) Pozitivní reakce (ochota, pomoc, pozdrav)
- f) Nezájem a ignorance (nepříjemné pocity, žádný vizuální kontakt)
- g) Negativní reakce (primitivní zvědavost, projevy odporu, slovní agrese)
- h) Neutrální reakce (přiměřená vizuálnímu kontaktu dvou neznámých lidí)

4. Jaká opatření byste navrhl/a, aby došlo ke zlepšení podmínek pro mentálně postižené? Prosím, uveďte.

.....
.....

5. Jakým způsobem a jak často se klienti účastní veřejných akcí za účelem integrace do společnosti? Zakroužkujte nejčastější aktivity a doplňte prosím, kolikrát ročně se tyto aktivity konají?

- a) Kulturní vyžití (kino, besídka).....

- b) Sportovní akce (plavání, fotbal, míčové hry).....
- c) Hudební akce (koncert).....
- d) Výtvarné akce (malování, práce s keramikou, práce s papírem, batikování).....
- e) Výlety (tuzemské, zahraniční).....
- f) Jiné. Uvedte, prosím.....

6. Myslíte si, že je možné, aby mentálně postižený člověk s nízkým stupněm závislosti bydlel samostatně mimo ústav?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jiné. Uvedte, prosím.....

7. Myslíte si, že někteří klienti ústavu s nižším stupněm postižení touží opustit ústav a žít samostatně

- a) Ano
- b) Ne

7a. V případě, že jste odpověděli ANO, odpovězte prosím na následující otázky:

Myslíte si, že zájem klienta o osamostatnění s věkem

- a) Klesá
- b) Stoupá
- c) Je stále stejný
- d) Jiné.....

7b. Myslíte si, že zájem klienta s dobou pobytu v ústavu?

- a) Klesá
- b) Stoupá
- c) Je stále stejný
- d) Jiné.....

8. Pokud by člověk s mentálním postižením bydlel samostatně (tj. mimo areál zařízení), bylo by podle Vás vhodné, aby bydlel:

- a) V chráněném bydlení (dohled, pomoc při zajištění chodu domácnosti)
- b) Zcela samostatně v domě s normální populací
- c) Nemůže bydlet samostatně vůbec

9. Jak často jste proškolení ve Vašem oboru?

- a) 1x ročně
- b) 2x ročně
- c) Ještě jsem nebyl/a
- d) Nemám zájem
- e) Jiné.....

10. Je pro Vás vždy školení přínosné?

- a) Ano, hodnotím kladně.
- b) Ano, ale mám připomínky.....
- c) Ne. Prosím, navrhnete změnu.....

11. Ve Švédsku byla ústavní zařízení téměř zrušena a byla nahrazena jinými druhy péče

(respitní péče, komunitní kluby atd.) podporujícími život zdravotně postiženého v rodině. Jaký je Váš názor, prosím, uveďte.

- a) Tento systém by bylo dobré zavést také v České republice.
- b) Systém v České republice je vyhovující a potřebný.
- c) Jiný.....

12. Myslíte si, že Vaše ústavní zařízení je vybudováno na správném místě pro integraci do společnosti?

- a) Ano
- b) Ne

12a. V případě, že jste odpověděli NE, odpovězte prosím na následující otázku:

Z jakého důvodu si myslíte, že NE?

- a) Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od centra obce.
- b) Ústavní zařízení je příliš vzdáleno od místní dopravy (např. autobus, vlak, MHD)
- c) Jiné.....

13. Jaké jsou Vaše zkušenosti s dobrovolníky?

- a) Kladné
- b) Záporné. Prosím, vysvětlete.....
- c) Doposud žádné

14. Myslíte si, že dobrovolnictví přispívá klientům k integraci do společnosti?

- a) ANO
- b) NE
- c) Jiné.....

15. Myslíte si, že ústavní péče o mentálně postižené může nahradit rodinnou péči?

- a) ANO
- b) NE
- c) Jiné.....

16. Z jakých důvodů jsou mentálně postižené osoby umístěny do ústavních zařízení?

- a) Z důvodu ztráty rodinných příslušníků.
- b) Z finančních důvodů rodinných příslušníků.

c) Jiné.....

17. Jak se podle Vašeho názoru cítí klienti ústavu mezi obyvateli obce např. při procházkách a veřejných akcích?

- a) Dobře.
- b) Neutrálně.
- c) Špatně.

18. Pro jaký typ klientů je vhodnější rodinná péče? Uvedte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.

.....
.....

19. Pro jaký typ klientů je vhodnější ústavní péče? Uvedte, prosím, názor podle vlastních zkušeností.

.....
.....

Příloha č. 4

Mimořádné výhody I., II., III. stupně

- „Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP):
 - c. nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
 - d. nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani

obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních

- **Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP):**

- d. výhody uvedené v bodu 1
- e. nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- f. sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy

- **Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P):**

- d. výhody uvedené v bodech 1 a 2
- e. nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- f. u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce

- Dále může být držitelům průkazů ZTP a ZTP/P poskytnuta sleva poloviny vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní podniky. Při poskytování slevy držitelům průkazu ZTP/P se poskytne sleva poloviny vstupného i jejich průvodci.“
[MPSV 2009: online]

Příloha č. 5

Kategorie mentální retardace (MR):

1. Lehká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 50-70, diagnostikována je asi u 85 % MR populace.
2. Středně těžká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 35-49, diagnostikována je asi u 10 % MR populace.
3. Těžká mentální retardace, při které dosahuje IQ rozmezí 20-34, diagnostikována je asi u 5 % MR populace.
4. Hluboká mentální retardace, při které je IQ nižší než 20, diagnostikována je u méně než 1 % MR populace. [Čadilová 2007: 26-28]

Příloha č. 6

Výše příspěvku dle stupně postižení

- **Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku z důvodů náročnější péče (za kalendářní měsíc):**
 - I. 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - II. 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - III. 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - IV. 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

 - **Výše příspěvku pro osoby starší 18 let (za kalendářní měsíc):**
 - I. 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
 - II. 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
 - III. 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
 - IV. 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).
- [MPSV 2008: online]

Příloha č. 7

Rozdělení sociálních služeb dle § 38 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.:

- služby sociální péče (služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení dle § 38 ZSS)
- služby sociální prevence (napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby). Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Službou je též
- sociální poradenství (základní a odborné dle § 53 ZSS). [Matoušek 2007:43-44]

Příloha č. 8

Rozhovor s vedoucí sociální pracovnící v DPK

V (výzkumník, tazatel)

R (respondent)

V: „Dobrý den, po předchozí telefonické domluvě bych s Vámi dnes ráda udělala rozhovor na téma ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené, především o mentálně postižené, pokud nebudete proti. Píši bakalářskou

práci na téma: „Ústavní a rodinná péče o zdravotně postižené a zaměřuji se na mentálně postižené občany“. Zajímá mě budoucnost Vašeho Domova a jaké jsou reakce Vašich =uživatelů na budoucí transformaci. Taktéž bych se ráda dozvěděla něco o integraci Vašich stávajících klientů do společnosti, jaké mají možnosti, jaké jsou vztahy mezi klienty navzájem. Případně s jakými problémy či zajímavostmi se DPK právě teď zabývá“

R: „Dobrý den, slečno Sejkorová, velice ráda Vám zodpovím nejen tyto dotazy, ale také Vám ráda přispěji do Vašeho výzkumu i svými zkušenostmi jako sociální pracovnice v DPK.

V: Kolik klientů žije u Vás v Domově a jaké jsou důvody jejich umístění klientů do Domova?

R: „V Domově pod Kuňkou žije okolo 90 klientů s mentálním a kombinovaným postižením, také děti a mládež s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou. Klienti mohou být umístěni do naší instituce již od tří let věku. Příčinami umístění mentálně postižených do Domova je nejčastěji ztráta rodiny a rodinných příslušníků a další příčinou je také vážný zdravotní stav člena rodiny, který neumožňuje péči o své nejbližší. Malé děti jsou u nás většinou z toho důvodu, že žily v dysfunkčních rodinách a byla jim soudem nařízena ústavní výchova. Také jsou u nás lidé, kteří mají vážnou poruchu a rodina se o ně z důvodu jejich zdravotního stavu (např. deformace končetin, epilepsie a dalších onemocnění) není schopná postarat. Máme tu i případy našich klientů, kteří sice mají své rodinné příslušníky, ale své blízké téměř nenavštěvují ani nejsou jimi navštěvováni. Zřejmě rodinní příslušníci nejsou schopni se vyrovnat s životní tragédií svých blízkých“

V: Do jaké míry je zainteresovaná rodina Vašich klientů?

R: „Míra zainteresovanosti rodin našich klientů je velice nízká, z 90 klientů je navštěvováno jen asi 20% (18) klientů rodinou a rodinnými příslušníky. Ti, kteří ještě mají své příbuzné, jsou v převážné většině odkázáni na náš Domov, jelikož rodina o ně nejeví zájem. Vždyť sama, Terezo, víš ze svých zkušeností, když jako dobrovolnice píšeš s našimi klienty emaily rodinám a rodinným příslušníkům, tak v mnohých případech se dozvídáš, že rodiny lžou a vymýšlejí si historiky, že jsou celoročně nemocní a

že je nemohou ani přijet navštívit. Mnohdy se stýkám s příbuznými až po smrti klienta, kdy si přijedou převzít dědictví, což je nemorální, nelidské a je mi vždycky z těch lidí zle a mám z nich husí kůži!“

R: „V 90 % případů je opatrovníkem našich klientů Statutární město Pardubice, pokud naši klienti nemají zákonného zástupce či opatrovníka z kruhu příbuzných či jiné osoby. Výkonem této funkce je pověřena vedoucí odboru sociálních věcí.“

V: Jaké jsou možnosti integrace klientů do společnosti Vašich klientů?

R: „Máme snahu umožňovat našim klientům kontakt s veřejností, což považujeme za vhodnou přípravu pro jejich možnosti osamostatnění. Naši klienti jezdí několikrát ročně do divadla, na hokej, na různé výlety a rekreační pobyty. Vystupují na různých konferencích po České republice. Máme také dny otevřených dveří, kdy se naši klienti stýkají s veřejností. Někteří také navštěvují Základní školu, Praktickou školu Svítání, která je ve městě v Pardubicích, jako dopravu do školy využívají MHD dopravy.“

V: Jaký vliv měl nový příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.?

R: „Klesly nám však dotace od státu, takže pro nás jako poskytovatele ústavního zařízení je tento typ příspěvku nevýhodný. Po zrušení příspěvku péče o osobu blízkou máme nižší příjmy.“

V: Jaký je Váš postoj k chráněnému bydlení, rozvíjí se u Vás v Domově p. K.?

R: „Můj postoj je samozřejmě kladný k této transformaci, tuto změnu je třeba vyvíjet postupně s dostatečným časovým harmonogramem a naplánováním do budoucna. U nás v Domově se tato transformace již rozvíjí a postupně se snažíme vytvářet menší objekty pro naše klienty a náš ohromný komplex omezit jen pro ty, kteří potřebují 24hodinovou péči. Je mnoho klientů, kteří by určitě mohli žít v chráněném či podporovaném bydlení. Ale obávám se dopadu na naše klienty, postupně je seznamujeme s naším záměrem do budoucna, ale obáváme se, že tento přechod bude pro ně spíše šokující. Již od malička někteří žijí ve velkém komplexu a nemají

zájem na své stáří o žádnou změnu. Ale samozřejmě ne všichni bydlí v ústavním zařízení od malička a tento život bude pro ně mnohem přirozenější. Většina klientů se cítí v našem Domově dobře a bezpečně, proto také někteří nechápou důvod změny. Úkol transformace jistě nebude lehkým úkolem a jednotlivé krůčky pro naše sociální pracovníce a klienty budou velice náročné. Věřím, že transformace přinese mnoho dobrého pro život postižených lidí a odehraje podstatnou roli v jejich životě.“

V: Kdo má obavy z transformace ve Vašem okolí?

R: „Obavy přicházejí z řad rodin a obyvatel měst, kde máme mít v budoucnu naše chráněná bydlení. První byt bude v provozu od 1. března tohoto roku v Sezemicích, kde by naši dva klienti měli být postupně zaškolováni a připravováni na samostatný život. Již v této době jsou klienti s touto věcí seznámeni, ale myslím si, že zatím vůbec netuší, co je čeká. Bude pro ně těžké se adaptovat v jiném prostředí a taktéž se budou muset starat sami o sebe a zvykat si na jiný a doufejme lepší a přínosný život. Postupně s touto skutečností seznamujeme rodiče a budoucí sousedy našich klientů a ujišťujeme je, že tento krok je tím správným pro společnost a hlavně pro seberealizaci našich klientů, kteří budou moci žít normálním lidským životem.

Transformace je celorepublikový záměr k přiblížení se Evropské Unii a jejím požadavkům. Naše zařízení DPK patří mezi první v rámci transformačního procesu v ČR. Je zajímavé, že naše zařízení je nové a jiná zařízení chátrají a do této pilotáže vybrány nebyly. Teď opravdu čekáme, jaká nařízení přijdou a co s námi bude dál, jak dlouho potrvá tento proces. Úspěch transformace závisí na finančních prostředcích, na možnostech odkoupení domů a bytů pro naše klienty a na přístupu našich zaměstnanců.“

V: Velice Vám děkuji za Váš čas a ochotu, za poskytnutí informací při našem rozhovoru. Ať se Vám úspěšně daří v transformačním procesu a přeji Vám hodně úspěchů ve Vaší cílevědomé práci.

R: „Vůbec nemáte zač, tato problematika sociálních služeb mě opravdu baví, takže jsem ráda, pokud jsem Vám mohla přispět k Vaší bakalářské

práci. Pokud byste měla ještě jakékoliv dotazy, tak se na mě můžete v budoucnu kdykoliv obrátit.“

V: Děkuji, přeji hezký den a nashledanou.

R: „Nashledanou“