

Transformace pobytových sociálních služeb pohledem pracovníků přímé péče chráněného bydlení

Bc. Monika Plachá, DiS.

Diplomová práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Plachá, DiS.**
Osobní číslo: **H180094**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Transformace pobytových sociálních služeb pohledem pracovníků přímé péče chráněného bydlení**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb a práce s osobami se zdravotním postižením.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ADAMEC, Aleš, 2013. Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-045-7.
CHÁB, Milan, 2004. Svět bez ústavů: až budete mít chvíli, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientovaní. Praha: QUIP – Společnost pro změnu. ISBN 80-239-4772-9.
MATOUŠEK, Oldřich, 2007. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
MATOUŠEK, Oldřich, 2008. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
VALENTA, Milan, 2012. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Anna Petr Šafránková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Va 7líně dne 15. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 10.3.2021

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být už nejméně při pracovních dnech před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za svařipné práce požítovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na transformaci pobytových sociálních služeb z pohledu pracovníků přímé péče v chráněném bydlení. Zamýšlíme se nad rozdíly bydlení osob s postižením v pobytových sociálních službách. Teoretická část se podrobněji věnuje vymezení procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Dále se zaměřujeme na vymezení sociálních služeb jako takových, podrobněji pak popisujeme jednotlivé pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením. Dále se zaměřuje na komunitní sociální služby typu chráněného bydlení. V neposlední řadě pak na pozici pracovníka přímé péče v sociálních službách. Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který je realizován formou rozhovorů s pracovníky přímé péče chráněného bydlení. Získané poznatky jsou následně zpracovány a vyhodnoceny tak, aby mohly být aplikovány pro zkvalitnění dané služby. Data jsou získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a analyzována pomocí otevřeného kódování.

Klíčová slova: transformace, deinstitucionalizace, sociální služby, chráněné bydlení, pracovník přímé péče, mentální postižení, zdravotní postižení.

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the transformation of residential social services from the point of view direct care workers in sheltered housing. We think about the differences in people's housing with disabilities in residential social services. The theoretical part deals with in more detail defining the process of transformation and deinstitutionalization of residential social services. We also focus on the definition of social services as such, in more detail we describe individual residential social services for people with disabilities. It also focuses on community social services such as sheltered housing. Last but not least, in the position of a direct care worker in social services. The practical part is focused on qualitative research, which is carried out in the form of interviews with direct care workers sheltered housing. The acquired knowledge is then processed and evaluated so that it can be applied to improve the service. The data are collected through a semi-structured interview and analysed using open coding.

Keywords: transformation, deinstitutionalization, social services, sheltered housing, direct care worker, mental retardation, health disability.

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Anně Petr Šafránkové, Ph.D. za cenné připomínky, odborné rady a ochotu při vedení mé diplomové práce. Zároveň děkuji všem účastníkům výzkumu za ochotu a spolupráci při získávání informací pro výzkumnou část diplomové práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během mého studia.

„Celý život čekáme na výjimečného člověka místo toho, abychom obyčejné lidi okolo nás měnili na výjimečné.“

Hans Urs Von Balthasar

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	13
1.1 INSTITUCIONALIZACE	13
1.2 VYMEZENÍ POJMU TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE	14
1.2.1 Deinstitucionalizace	16
1.3 TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE JAKO PROCES	16
1.4 HLAVNÍ SPECIFIKA PROCESU TRANSFORMACE	18
1.5 FÁZE TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	19
1.6 TRANSFORMAČNÍ PLÁN JAKO HLAVNÍ DOKUMENT PŘI TRANSFORMACI	20
2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	22
2.1 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	24
2.2 CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	25
2.3 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A JEJICH REGISTRACE.....	27
2.4 UŽIVATEL SOCIÁLNÍ SLUŽBY	29
2.5 PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	29
2.6 SPECIFIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	30
2.6.1 Klasifikace mentální retardace	31
2.6.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace klientů pobytoových sociálních služeb	32
3 KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY TYPU CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ A JEJICH PERSONÁLNÍ STRÁNKA	35
3.1 PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ SLUŽBY CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ	36
3.1.1 Pracovník v sociálních službách	37
3.1.1.1 Individuální plánování sociální služby	38
3.1.2 Sociální pracovník.....	38
3.1.3 Aktivizační pracovník	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	42
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	43
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	44
4.2 VÝZKUMNÁ METODA A ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	45
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZPŮSOB JEHO VÝBĚRU	46
4.4 ZPRACOVÁNÍ DAT	48
4.5 ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU	48
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	49

5.1	ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	49
5.1.1	Posun k samostatnosti	50
5.1.2	Očekávání a střet s realitou	52
5.1.3	Pozitiva a negativa procesu	53
5.1.4	Osobní pocity z procesu	54
5.1.5	Spokojenost uživatelů	56
6	SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUSE	58
6.1	DISKUSE	61
7	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	73
	SEZNAM OBRÁZKŮ	74
	SEZNAM TABULEK.....	75
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

„Připravte se na změnu. Buďte otevřeni změně. Přijměte změnu.“

Ralph Smart

Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb je procesem, kterým jsou původní ústavní pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením nahrazovány jiným způsobem podpory a pomoci. Cílem tohoto procesu je připravit co nejlepší podmínky pro tyto osoby tak, aby byly schopni žít co nejpřirozenějším životem, jako jejich vrstevníci bez postižení. Lidé s různým druhem a stupněm postižení jsou v pobytových sociálních službách velmi často izolováni na okrajích měst či v méně zabydlených obcích. Z tohoto důvodu se klade důraz na poskytnutí příležitosti každému člověku žít jako součást společnosti.

Změna typu pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením je v současné době aktuálním tématem a hovoří se o něm již v mnoha krajích České republiky. Osoby se zdravotním postižením opouští velkokapacitní zařízení a přecházejí do nových služeb, a to služeb komunitního typu. Mezi tyto služby řadíme pobytovou sociální službu chráněné bydlení a terénní sociální službu podporu samostatného bydlení. V domovech pro osoby se zdravotním postižením by tak měly zůstat pouze osoby s vysokou mírou podpory péče. Dle Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb (2007), poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, není cílem transformace jako taková, ale jedná se o otázku přirozeného vývoje a je důležitá podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájem spočívá v nabízení vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Stanovené cíle a opatření mají za úkol poskytnout podporu již probíhajících změn a zpřístupnit tak poskytovatelům, kteří se rozhodnou poskytovat sociální služby uživatelům zohledňovat jejich individuální potřeby v jejich přirozeném prostředí, následně pak tyto změny provést. Země dnešní Evropské unie se zabývají realizací procesu deinstitucionalizace od 70. let minulého století. Myšlenky podpory a práv žít v přirozené komunitě pro všechny občany některé evropské státy implementovaly i do své legislativy. Česká republika jako jeden z členských států Evropské unie se rovněž hlásí k této politice.

Evropská unie používá termín deinstitucionalizace pro vyjádření manažerského procesu změny v systému. Tento pojem má v sobě obsažen obecný princip řízení změny systému

a jeho směr, kterým se ubírá. Hlavním cílem aktivit v rámci podpory transformace je zajištění nástrojů, které poslouží zařízením sociálních služeb udávat směr ve svém vývoji k poskytování takových služeb, které jsou odpovídající individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům. Proměna jako taková je rozhodnutím a otázkou individuální volby každého jednotlivého zařízení.

Proces transformace je zaměřen z největší míry na uživatele pobytových sociálních služeb, nesmíme však opomenout i všechny pracovníky, kterých se tato změna také dotýká. V diplomové práci jsme se zaměřili na pracovníky v sociálních službách nejmenovaného chráněného bydlení, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj. Právě pracovníci přímé péče jsou důležitým článkem v procesu celé změny, neboť s uživateli tráví nejvíce času. Pracovník v sociálních službách je dle §116 odst. 1 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pracovník, který vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v náviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem apod. Podporuje soběstačnost, posiluje životní aktivizaci, vytváří základní sociální a společenský kontakt, uspokojuje psychosociální potřeby a jiné.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly. V první kapitole je vymezen proces transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Vysvětlení těchto pojmů. Dále jsou zmíněny hlavní body a fáze procesu transformace. Ve druhé kapitole jsou vymezeny pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Zmiňuje i historický vývoj procesu v předešlých letech. Rovněž jsou zde uvedena jistá specifika osob s mentálním postižením jakožto uživatelé těchto služeb. Třetí kapitola blíže specifikuje službu chráněného bydlení jakožto službu komunitního typu pro osoby se zdravotním postižením a její personální zajištění.

V praktické části je realizován samotný výzkum, ve kterém je stanoven cíl zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají proces transformace, který spočívá v přechodu z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení. Výzkum proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky chráněného bydlení, které je sociální službou spadající pod nejmenovaný domov pro osoby se

zdravotním postižením, patřící pod příspěvkovou organizaci sociálních služeb. Získaná data z rozhovorů s pracovníky přímé péče byla zpracována metodou otevřeného kódování. Samotné závěry výzkumu mohou sloužit jako jistá forma zpětné vazby pro organizace poskytující sociální služby, dále pro zákonodárce ČR, krajské úřady, obecní zastupitelstva, anebo pro účastníky komunitního plánování. Vzhledem k aktuálnosti daného tématu mohou být výsledky zajímavé i pro studenty vyšších odborných škol a vysokých škol zaměřující se na sociální práci a sociální pedagogiku.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Cílem této kapitoly je vymezit pojmy transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Uvedeme si zde hlavní body procesu transformace. Začátkem této kapitoly si okrajově nastíníme vysvětlení pojmu institucionalizace, který s procesem transformace velmi úzce souvisí. Slovem transformace dle Klimeše (2005) rozumíme složeninu slova z latinského *trans-formatio*, neboli přetvoření. Význam slova je zaměňován za úplnou změnu, pravý význam však spočívá v přeměně nebo přetvoření. V sociální pedagogice je termín transformace používán pro slovní spojení transformace sociálních služeb, tedy přeměnu, zkvalitnění a celkové zlepšení úrovně těchto služeb. Transformace sociálních služeb znázorňuje změnu sociálních služeb tak, aby odpovídaly současným potřebám jejich uživatelů.

1.1 Institucionalizace

Vávrová (2009) ve své publikaci uvádí, že pro všechny pobytová zařízení sociálních služeb jsou charakteristické znaky organizace, které mají institucionalizovaný vnitřní systém. Za instituci označujeme ustavený způsob chování a jednání, který musí znát a respektovat všichni členové organizace. S institucionální neboli ústavní péčí se ve svém životě setkává každý z nás. Jednat se může o pobyt ve škole, v nemocnici, domově pro seniory apod. Johnová (2008, s. 4) charakterizuje pojem ústav na základě charakteristik shodných s totálními institucemi: „*lidé jsou zde shromažďováni a izolováni na základě nějakého společného znaku; individualita lidí, kteří zde žijí, je potlačena; životy lidí jsou zde řízeny vedením těchto organizací; funguje zde jasná hierarchie*“. Člověk, který žije v ústavu, se musí neustále přizpůsobovat nepřiměřeně velké skupině lidí, většina denních aktivit se děje ve skupinách, člověku zpravidla nebývá umožněno účastnit se některých běžných denních aktivit jako je např. vaření. Ústav zabezpečuje veškeré klíčové potřeby člověka a tím má nad ním samotným velkou moc. Autorka také připomíná, že uživatel je až na konci hierarchie ústavu, kdy na nejvyšším stupni je ředitel nebo ředitelka. Samotným výsledkem ústavní péče je pak vyčlenění člověka mimo běžný život společnosti a postupné vytváření závislosti na poskytovaných službách.

V Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb (2012) je uvedeno, že: „*pro definování „ústavu“ je využívána definice European Coalition for Community Living: „jakékoli místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli*

označení jako postižení, izolování, segregování a/nebo nucení žít pohromadě. Je to rovněž jakékoli místo, ve kterém lidé nemají moc nad svými životy, nebo jim je výkon této moci znemožněn, a nemohou konat vlastní každodenní rozhodnutí. Ústav není definován výlučně svou velikostí“. Z toho vyplývá, že ústavní zařízení je vymezeno velkokapacitností a procesy, které jsou definovány totální institucí“.

1.2 Vymezení pojmu transformace a deinstitucionalizace

Termín transformace je pojmem, který je nadřazený pojmu deinstitucionalizace a jeho význam spočívá ve vyjádření procesů změny v řízení, financování, vzdělávání, místa a formy v poskytování služeb tak, aby ve výsledku byla péče poskytována v běžných podmínkách. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Johnová (2008, s. 3) uvádí, že: *„transformace ústavní péče je změna služeb umožňující lidem s postižením žijícím dosud v ústavu žít v běžných životních podmínkách za současného zlepšení kvality jejich života“*. Autorka klade důraz na to, že transformace je prostředek, nikoliv cíl. Cílem transformace je umožnění každému jedinci žít jako součást společnosti. Uvádí však i fakt, že v ústavu nelze zvýšit kvalitu života na běžnou úroveň, avšak pouhé vystěhování z ústavu také nic nevyřeší, mnohdy může vést i ke zhoršení kvality života.

Podle Asociace vzdělavatelů v sociální práci (2013) si pod pojmem deinstitucionalizace představujeme proces, ve kterém vidíme změnu pobytových sociálních služeb a celkovou proměnu instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel a řádu, ale rovněž v samotné filosofii služby, tak i v samotné podstatě sídla. Asociace tak člení důvody pro tento proces do 5 primárních oblastí:

1. *Ochrana lidských práv* – komunitní prostředí je předpokladem pro vytvoření lepších podmínek pro ochranu a dodržování lidských práv uživatelů. Na rozdíl od péče poskytované v zařízení ústavního typu, je v tomto prostředí vztah mezi uživatelem a pracovníkem služby výrazně bližší, tudíž v takové míře nedochází ke zneužívání uživatele pracovníkem. Současně je možné zabezpečit soukromí a možnost volby pro každého uživatele.
2. *Rozvoj osobnosti uživatele služby* – základ komunitních služeb je důsledný individuální přístup ke všem uživatelům. Cílem je poskytování služby umožňující uživatele začleňovat a postupně je udržovat v běžném životě společnosti. K tomu

patří i rozvíjení jejich dosavadních znalostí a dovedností. Ústavní péče je v tomto ohledu omezující a nedává příliš příležitostí pro uplatnění těchto schopností.

3. *Účast v běžném životě společnosti* – komunitní typ služby poskytuje uživatelům možnost pro setkávání se s různými lidmi, nejen s pracovníky služby, a zastávat tak nejrůznější společenské role, které pak vedou k posílení jejich celkové sebedůvěry a odpovědnosti za svůj život. V zařízeních ústavního typu nemají uživatelé příliš mnoho možností pro navázání kontaktů s jinými lidmi, zpravidla se setkávají pouze s pracovníky služby a s ostatními uživateli.
4. *Nejlepší praxe sociálních služeb* – komunitní sociální služby přispívají k rozvíjení osobních a profesních kompetencí pracovníků. Pracovníci pak nemají pocit, že budou nějakým způsobem omezovat práva uživatelů, jako je tomu riziko v ústavním prostředí.
5. *Účelnost poskytování sociální služby* – podpora, která v komunitě je, je efektivní s ohledem na využití veškerých zdrojů, které jsou ve společnosti přístupny. Je zaměřena na využívání zdrojů v podobě lidských znalostí, dovedností a vztahů, dostupných peněz a služeb.

Dle Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, je pojem deinstitucionalizace používán pro označení manažerského procesu změny systému. V koncepci se používá tento pojem ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb, který se zaměřuje na individuální podporu člověka žít v přirozeném prostředí. (Koncepce podpory transformace, 2007)

„Transformace jako taková je nejspíš nějaký proces změny, který sám o sobě duši nemá. Duši transformace jsou ti, kteří ji uskutečňují, kteří ji žijí. Jsou to lidé, kteří transformaci zažívají na sobě, případně ti, kteří ji jako proces podporují.“ (Odborný časopis Rezidenční péče, č. 2, 2015, str. 14)

Dále Rezidenční péče č. 2 (2015, str. 15) uvádí, že o transformaci máme přemýšlet jako o deinstitucionalizaci, neboť každá instituce má své vlastní zájmy, ty jsou často jiné než je zájem klientů, někdy dokonce zájmům klientů přímo protichůdné. V procesu transformace si tak máme uvědomovat, že sociální práci děláme pro konkrétního klienta, nikoliv pro instituci.

1.2.1 Deinstitutionalizace

Usuzujeme, že proces transformace sociálních služeb je úzce spjatý s deinstitutionalizací. Deinstitutionalizace sociálních služeb je změna (transformace) institucionální (ústavní) péče v péči komunitní a dle Manuálu transformace ústavů (2013, s. 46) se definuje jako „proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitutionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci“.

Šiška (2005) uvádí, že deinstitutionalizací rozumíme transformaci služeb pro osoby s mentálním postižením, která směřuje ke spokojenosti uživatele a nemůže tak být chápána jako pouhé přestěhování uživatele z jednoho velkého zařízení do zařízení druhého, byť menšího, integrovaného v prostředí komunity. Musí však být chápána jako změna přístupu ke klientům. Hlavním aspektem musí být spokojenost uživatele i jeho rodiny.

Manuál transformace ústavů (2015) vymezuje tři základní cíle deinstitutionalizace:

1. zamezit institucionalizaci dalších lidí – jedná se především o lidská práva a kvalitu života lidí,
2. transformovat ústavní sociální péči a zrušit ústavy – zajistit podporu lidem z ústavů při přechodu do běžného života a při životě v komunitě,
3. zajistit dostupnost podpory v komunitě – zajistit pomoc druhého člověka, pro uživatele, který ji vyžaduje dostupnou v čase a místě při zachování účasti na běžném životě společnosti.

1.3 Transformace a deinstitutionalizace jako proces

Základní myšlenka moderní sociální politiky České republiky jako členského státu Evropské unie je proces sociálního začleňování související s humanizací společnosti. V rámci pobytových sociálních služeb je jedním z cílů poskytovat individualizované a humanizované sociální služby v přirozeném prostředí běžné populace. Cestou k tomuto cíli je transformace těchto služeb. Podle Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (2009 – 2010) je předpokladem pro úspěch procesu transformace osvěta

jak u veřejnosti, tak u samotných uživatelů. Dále aktivní spolupráce všech účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, krajů, obcí, resortů a v neposlední řadě převážně vzdělávání pracovníků sociálních služeb. Veškeré tyto aktivity musí doprovázet metodická a finanční podpora nejen ze strany státu, ale i ze strany dalších institucí veřejné správy. Je však důležité upozornit na to, že transformace je otázkou přirozeného vývoje a volby jednotlivých zařízení. Při plánovaných změnách musíme přihlížet k jednotlivým specifikům poskytovaných služeb v každém zařízení. Cílem podle Švarcové (2006) je postupně rozpustit velkokapacitní zařízení a jejich uživatele tak přestěhovat do přirozeného prostředí.

Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb je procesem, který je v současné společenské situaci nezbytnou podmínkou pro naplnění úkolů a stanovených cílů stojící před sociálními službami. Ústav jako instituce, která se prezentovala v minulém století jako sociální péče, není schopna zajistit v plné míře svým uživatelům jejich občanská a lidská práva. Rovněž jejich práva sebeurčení, tzn. schopnost rozhodovat o sobě samém a v tomto ohledu je dostatečně podporovat. (Národní centrum podpory transformace, 2013)

Odborný časopis pro sociální péči *Rezidenční péče* č. 3 (2018) uvádí, že v celém procesu transformace a deinstitucionalizace se jedná o životy konkrétních lidí, kteří v současné době žijí v ústavu nebo se do něj mohou v budoucnu dostat. Vedle toho jde i o systémy, do kterých jsou sociální a další služby uspořádány. Věnují se převážně změnám v plánování a koordinaci deinstitucionalizace, zapojování lidí se zdravotním postižením, jejich rodinných příslušníků a blízkých osob (popřípadě opatrovníků) do procesu deinstitucionalizace. Předcházení další institucionalizaci, využívání existujících zdrojů v komunitě a vytváření nových komunitních sociálních služeb, uzavírání ústavu, vzdělávání a příprava na změnu, využívání stávajících zkušeností a zdrojů, komunikace, osvěta a působení na klíčové osoby a vyhodnocování procesu transformace.

Jako obecný problém ústavních zařízení pro osoby se zdravotním postižením dle Matouška (2007, str. 96) je to, že *„více postiženým lidem jsou leckdy poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby, kdežto lidem méně postiženým jsou často poskytovány služby nadbytečné, brzdící jejich osobní rozvoj. Ústavní prostředí svádí k medicinizujícímu přístupu, posiluje závislost klienta na ústavu*

a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.“

Jako jednu z důležitých součástí transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením může být tréninkové bydlení. Zde se uživatel připraví na samostatný život. Naučí se základní dovednosti běžného každodenního života, naučí se rozhodovat sám o sobě a osvojovat si dovednosti spojené s péčí o svou vlastní osobu i domácnost. Tyto stránky života doposud uživatelům zprostředkovávali pracovníci v pobytové službě a nyní se bude muset naučit vše sám a zároveň se tak zbavit závislosti na ostatních. (Vymazalová, Zemanová, 2010)

1.4 Hlavní specifika procesu transformace

V dokumentu Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (2007) jsou vymezeny jako hlavní body procesu transformace:

- podpora procesu zkvalitňování životních podmínek obyvatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče,
- podpora poskytovatelů sociálních služeb, podpora jejich zaměstnanců i dalších subjektů v průběhu změn v institucionální péči, zejména pak v poskytování sociálních služeb ve vztahu k individuálním potřebám uživatelů,
- podpora při naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život, který lze srovnávat s jejich vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí,
- vytvoření systému spolupráce mezi veškerými aktéry procesu transformace institucionální péče,
- zvyšování informovanosti o procesu změn v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením.

Shrnutím tedy můžeme říci, že procesy transformace a deinstitucionalizace jsou ve své podstatě přesuny poskytované péče ve velkokapacitních zařízeních ústavního typu vedoucí k poskytování péče do prostředí typické pro rodinný a běžný život. Lidé s postižením tak mohou díky těmto procesům žít v běžných domácnostech s náležitou podporou. Je jim dána možnost převzít odpovědnost za svůj vlastní život a zvládání úkonů jako je péče o sebe, péče o svou domácnost a do jisté míry žít „normálním“ životem. Jsou jim otevřeny možnosti jako být zaměstnaní, určovat si využití svého

volného času, seznamovat se s novými lidmi a získávat tak nové známosti a přátelství. Pro samotný proces je pak důležitý výběr vhodných lokalit, které mohou být nápomocny přibližovat uživatele do běžného života společnosti.

Dle Marka a kol. (2013) se transformací rozumí zánik původního způsobu péče. Udává prostor pro vznik nových služeb, jako jsou chráněná bydlení, podpora samostatného bydlení, ta více umožňují integraci uživatele do běžného života společnosti. Důvodem transformace jsou převážně nevyhovující podmínky ústavních zařízení, jelikož neumožňují poskytování kvalitních služeb. V ústavních zařízeních jsou nedostatečně naplňována lidská práva, uživatelé služeb sdílejí vícelůžkové pokoje, prostory nebývají bezbariérové, chybí zde dostatek soukromí i individuální podpory personálu.

1.5 Fáze transformace pobytových sociálních služeb

Pro zajištění správného plnění účelu a souvislého průběhu celého procesu transformace je důležité si stanovit jistou posloupnost jednotlivých činností, ty rozdělujeme do následujících fází. Jedná se o hlavní klíčové činnosti, které slouží k lepší orientaci a posloupnosti v samotném procesu. Manuál transformace ústavů/Deinstitucionalizace sociálních služeb (2013) člení fáze transformace:

1. Fáze zahájení transformace:

- podpora uživatelů sociální služby – samotné zahájení procesu transformace,
- okolí sociální služby,
- organizování sociální služby,
- řízení transformace.

2. Fáze přípravy transformace:

- podpora uživatelů sociální služby – příprava transformace,
- okolí sociální služby,
- organizování sociální služby,
- řízení transformace.

3. Fáze realizace transformace:

- podpora uživatelů sociální služby – realizace transformace,
- okolí sociální služby,
- organizování sociální služby,
- řízení transformace.

Jak podotýká Cháb (2004) hnacím motorem transformace je, abychom „svěřence v ústavu“ vnímali jako spoluobčany, řídili se principem solidarity a kladli důraz na občanská práva. Mezi základní principy transformace řadíme princip individualizace, princip humanizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka. (Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, 2007)

1.6 Transformační plán jako hlavní dokument při transformaci

Veškeré činnosti a procesy v organizaci, které poskytují sociální služby, směřují k začlenění uživatele služby do života společnosti. Při plánování je proto důležité uvést rozvojové dokumenty organizace (rozvojový plán) v souladu s principy a cíli deinstitucionalizace. Pokud rozvojový plán organizace obsahuje cíle, které nejsou zaměřeny na budování služby s ohledem na potřeby uživatelů a není tak v souladu s jejich začleněním do společnosti, je nutné vypracovat nový rozvojový plán. Tento plán se pak stává transformačním plánem dané organizace. (Manuál transformace ústavů, 2015)

Transformační plány jsou dokumenty přispívající k úspěšnému připravení a provedení změny v sociálních službách tak, aby co nejvíce umožňovaly svým uživatelům žít život v běžném prostředí.

Transformační plány zpravidla vycházejí z:

- potřeb uživatelů, které jsou zjišťovány na základě metodiky vytvořené v daném projektu,
- stávající situace, jako je struktura klientely, personální kapacita, materiálně technické podmínky apod.,
- z dostupnosti veřejných služeb jako např. veřejná doprava, návazné služby.

Podle Metodiky transformačních plánů (2009 - 2014) je dobře zpracovaný transformační plán jistým návodem nebo i tzv. jízdním řádem pro samotnou realizaci procesu transformace. Plán obsahuje všechny důležité kroky a činnosti, kterými zařízení bude postupně přecházet do nového transformovaného subjektu. Také obsahuje časový harmonogram, díky kterému se zařízení může připravit na případná rizika v samotném průběhu transformace. Plán tedy neobsahuje pouze souvislý text, často se v něm objevují tabulky se stručným a jasným pojmenováním konkrétních úkolů a jednotlivých činností.

Transformační plán má za cíl podpořit v co největší možné míře začlenění uživatelů pobytových sociálních služeb do běžného prostředí/života společnosti a rozpracovává

jednotlivé kroky procesu transformace v daném zařízení. Je důležité, klást důraz na otázku, zda navrhované řešení je pro uživatele nejlepší možné. (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2012)

2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Diplomová práce se zaměřuje na rozdílnost v systému práce a v náplních práce s uživateli v domově pro osoby se zdravotním postižením a s mentálně postiženými uživateli v chráněném bydlení. V první kapitole se věnujeme pobytovým sociálním službám pro osoby se zdravotním postižením, dále zde popíšeme specifika osob s mentálním postižením a základní charakteristiku osob s mentálním postižením, jakož to uživatelů již zmíněných pobytových služeb.

Sociální služby si prošly dlouhodobým historickým vývojem. Podle Matouška (2011) počátky sociálních služeb sahají až do raného středověku po přijetí křesťanství za státní náboženství a po zřízení církve. Církev zajišťovala pomoc chudým při poskytnutí přístřeší, pomoc formou almužen, podávání stravy i poskytnutí základní zdravotnické péče. Na přelomu středověku a novověku postupně vznikaly prvotní charitativní organizace, zpravidla při církvi. Byla tak chudým lidem poskytována dlouhodobá pomoc nazývána také chudinská péče. Postupem času se pomoc rozšiřovala i na osoby s duševním onemocněním, tuláky, nemocné infekčními chorobami apod. (Krejčířová a Treznerová, 2013). Období přelomu 18. a 19. století bylo dle Matouška (2012, s. 12) specifikováno jako „*doba koncentrace znevýhodněných ve specializovaných ústavních zařízeních*“. Dle slovníku sociální práce sahají počátky deinstitucionalizace až do šedesátých let devatenáctého století, v USA, kde bylo velké množství dětí umístěno z chudobinců do sirotčinců. Důvodem bylo, aby chudé děti neovlivňovaly majoritní populaci. Po roce 1989 došlo ke změně modelu ústavní péče a vznikalo velké množství organizací, které s sebou přinášely novou alternativu k doposud převažující ústavní péči. (Šiška, 2005) Důležitým předělem v oblasti sociálních služeb v České republice byl listopad 1898. V této době došlo k budování demokratické společnosti, jisté změně politických poměrů, zavedení tržního hospodářství aj. To vše mělo vliv na změny v sociální oblasti, které reagovaly na nové sociální problémy. V roce 2006 byl vydán zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který s sebou přinesl revoluci v systému sociální péče. Sokol a Trefilová (2008) uvádějí, že tento zákon je považován za největší legislativní změnu v sociální oblasti od dob Marie Terezie.

Novosad (2009, s. 65) rozumí sociální službou veřejnou službu určenou osobám nebo skupinám osob, jež se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, a která jim nabízí možnosti, jak

tuto situaci řešit a napomáhat tak dobrému (tzn. důstojnému, přirozenému a obecně přijatelnému) sociálnímu fungování jednotlivců, skupin a společností.

Každé sociální zařízení se snaží poskytnout těmto osobám co nejkvalitnější péče, služby a zajistit jim důstojný a pohodlný život.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozvádí sociální službu jako činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona a zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodnění. Cílem je zlepšení kvality jejich života a začlenění těchto jedinců do společnosti. (Matoušek, 2011)

Dle § 71 vyhlášky č. 182/1991 Sb., jsou zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením určena pro jedince s těžkým mentálním postižením či pro jedince, kteří kromě mentálního handicapu jsou postiženi i tělesnou nebo smyslovou vadou. Jedinci s lehčí formou mentálního postižení jsou do těchto specializovaných zařízení přijímáni v případech, že nezbytně vyžadují ústavní péči. (Králová, Rážová, 2003)

Matoušek a Kříšťan (2013) uvádějí, že pobytovou sociální službu využívají lidé převážně v případech, kdy nejsou schopni plnohodnotně žít bez podpory druhých. V případě, že služba není dostupná, není péče v možnostech rodiny nebo systém sociální ochrany je nastaven jinak, může být v tomto případě východiskem pro takového člověka život v pobytovém zařízení. Pobytová služba s sebou přináší mnoho výhod, ale i množství rizik. Potencionální uživatel či jeho blízcí by měli předem dobře uvážit všechny možné varianty, s důrazem na uživatelské potřeby.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje sociální služby na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby jsou poskytovány jako služby pobytové, ambulantní a terénní. Pod pobytovými službami rozumíme služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Za ambulantní služby jsou považovány služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou takové, které jsou osobě poskytovány přímo v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením. Pro účely Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“. Černá (2015) uvádí, že mezi osoby se zdravotním postižením dle zákona, patří fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako osoby plně invalidní, osoby částečně invalidní nebo osoby zdravotně znevýhodněné. Za osobu se zdravotním handicapem v užším slova smyslu je považován jedinec, který byl shledán jako částečně invalidní nebo zdravotně znevýhodněný.

2.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V následujících podkapitolách se zaměříme na jednotlivé druhy pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a uvedeme si jejich stručnou charakteristiku. Výše jsme stručně charakterizovali základní druhy a formy poskytování sociálních služeb. Záměrně se však budeme zabývat pouze zmíněnými pobytovými sociálními službami, jelikož se přímo vztahují k našemu tématu.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou zpravidla zřizovány kraji nebo obcemi, ale také přímo státem. Jejich služby, nejen pobytové, jsou poskytovány celoročně.

„Termínem pobytová, rezidenční neboli ústavní sociální služba označujeme službu sociální péče spojenou s ubytováním ve specializovaných zařízeních, k tomuto účelu zřízených. Naše legislativa kategorizuje několik zařízení poskytujících pobytové sociální služby, a to podle cílové skupiny uživatelů, kterým je služba určena.“ (Vávrová, 2009, s. 9)

Před rokem 1989 byly služby pro osoby se zdravotním postižením poskytovány pouze v ústavech sociální péče a jejich zřizovatelem byl stát. Zde všechny činnosti probíhaly pod jednou střechou a uživatelé zpravidla skoro vůbec neopouštěli brány zařízení. Termín ústav znamená svět sám pro sebe. Zdejší život zde běží omezeně a je předvídatelnější než v běžném prostředí. Každý člověk má nějaký svůj domov, rodný kraj či místo, se kterým se cítí spojen. Ústav vytváří umělý domov a jeho podstata spočívá v budování pocitu jistoty, i když byl vybudován za účelem ochrany jak zbytku společnosti, tak i jedince. Charakter ústavní péče dává často podnět pro zneužívání klientů, jelikož personál mívá mocenskou převahu, převážně jedná-li se o uživatele s handicapem. Smysl mají takové ústavy, ve

kterých do popředí zájmu vystupují individuální potřeby klienta a ve kterých je uplatňováno minimum omezení. (Matoušek, 1999)

Podle autorek Králové a Rážové (2003) je ústavní péče poskytována formami celoročního, týdenního, denního nebo i přechodného pobytu v zařízení. Jednotlivé formy pobytu v zařízení jsou odlišovány rozsahem poskytovaných služeb pro klienty.

Pobytovou sociální službu pro osoby se zdravotním postižením v České republice poskytují převážně domovy pro osoby se zdravotním postižením. Ty v minulosti byly označovány jako ústavy sociální péče. Jejich zřizovatelem bývá zpravidla stát, kraj či obec. Domovy poskytují komplexní 24 hodinovou denní péči, mají za úkol u klienta podporovat jeho soběstačnost, aktivní a důstojný život. (Matoušek, Křišťan, 2013)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby pro jedince, jejichž situace vyžaduje nepřetržitou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní poskytované činnosti, které jsou vymezeny zákonem (§ 48) patří:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravování,
- poskytnutí pomoci při běžných úkonech v péči o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti pro klienty,
- zabezpečení kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, zájmů a obstarávání při osobních záležitostech.

Podle Matouška a kol. (2013) obsah, forma, intenzita a rozsah poskytovaných služeb by měli vycházet z individuálních potřeb klienta s cílem zachování si samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší možné míře.

2.2 Chráněné bydlení

Služba chráněného bydlení je jednou z komunitních sociálních služeb, která je poskytována v přirozeném prostředí a umožňuje tak lidem žít běžným způsobem života. Jedná se o alternativu ústavní péče. Johnová (2008) také dále uvádí znaky komunitní sociální služby: pomáhá zvyšovat kvalitu života znevýhodněných místních obyvatel, zasahují do běžného prostředí člověka a umožňují mu tam žít, odpovědnost převádí na

nejbližší okolí člověka, nevytváří závislost na sociální službě, služby tak jsou využívány pouze tehdy, když je jich potřeba. Johnová dále zdůrazňuje, že komunitní sociální služby nejsou domy, ale služby. Základem komunitní služby je zabezpečení bydlení a denní aktivity. Ostatní nezbytné služby by měly být poskytovány běžnými, místními veřejně dostupnými službami, jako např. lékařská péče, další sociální služby apod.

Švarcová (2006) vymezuje chráněné bydlení jako pobytovou sociální službu, která je určená pro osoby se sníženou soběstačností, převážně z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění a jejich stav tak vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Je službou, jejíž charakter spočívá ve skupinovém či individuálním bydlení, kde několik uživatelů s mentálním postižením žije ve společné domácnosti, v bytě nebo rodinném domě. Chráněné bydlení zajišťuje stravu, anebo pomoc při zajištění stravy, ubytování, dopomoc při zajištění chodu domácnosti, dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Pomáhá se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím, zajišťuje sociálně - terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, související s oprávněnými zájmy a obstarávání osobních záležitostí. Můžeme říci, že se jedná o modernější typ celoroční péče. Chráněné bydlení je formou bydlení jedné společné domácnosti, ve které uživatelům pomáhají pracovníci s běžnými denními činnostmi každodenního života, které nejsou schopni sami zvládnout. S tímto tvrzením souhlasí i autorky Švarcová a Slabinová (2006) a ty uvádějí, že chráněné bydlení je pobytovou sociální službou určenou pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu jejich zdravotního stavu či chronického onemocnění. Současně tyto osoby vyžadují pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení poskytuje novější typ celoroční péče, převážně pro osoby s mentálním postižením, které bydlí v běžné zástavbě, v bytě anebo rodinném domě. Uživatelé chráněného bydlení bydlí ve společné domácnosti a s veškerými činnostmi, které sami nezvládnou, jim dopomáhá personál. Uživatelé této sociální služby se snaží o nalezení pracovního uplatnění v chráněných dílnách, pracovištích, centrech a zařízeních pro zaměstnávání a volný čas.

Pospíšil a Smutková (2016) poukazují na to, že důsledkem života v chráněném bydlení není sociální izolace ani segregace. Z důvodu umístění bytů v běžné zástavbě tak dochází k přirozené integraci. Uživatelé společně sdílí domácnost v jedné bytové jednotce, často však cestují do různých zaměstnání a každý se věnuje rozdílným volnočasovým aktivitám. Zachování soukromí uživatelů a jejich osobního prostoru je jednou z hlavních priorit konceptu chráněného bydlení. Společné zájmové aktivity i hromadné kulturní akce v podobě, jak jsou známé z ústavní péče, organizace zpravidla z principu odmítají.

V této podkapitole jsme pouze okrajově nastínilí charakteristiku chráněného bydlení. Podrobněji se jí budeme věnovat v kapitole následující, tj. kapitola č. 2.

2.3 Legislativní zakotvení sociálních služeb a jejich registrace

Sociální služby jsou jednou z kategorií veřejných služeb, které jsou poskytovány v zájmu širší veřejnosti. Zdrojem jejich financování jsou veřejné rozpočty a v legislativě jsou definovány podrobněji než jiné veřejné služby. Důsledkem toho jsou tak více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. (Matoušek, 2007)

Sociální služby jsou v legislativě zakotveny v § 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon definuje sociální službu jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“ Existuje však širší pojetí sociálních služeb a to dle Matouška (2007) se pod pojmem sociální služby rozumí ty služby, které jsou poskytovány osobám společensky znevýhodněným a jejich cílem je tak zvyšování kvality jejich života, postupné začlenění se do běžného života společnosti, popřípadě ochrana společnosti před jistými riziky, které mohou tito lidé s sebou přinášet. S obdobným pojetím přichází i Kaczor (2015) a uvádí, že sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří je z jistého důvodu či jejich zdravotnímu stavu potřebují. Smysl jejich existence pak vidí ve zlepšování kvality života těchto jedinců a jejich začleňování do společnosti.

Ve státech Evropské unie se termín sociální služby na rozdíl od České republiky používá jako označení zahrnující rovněž oblast zdravotnictví, bydlení, zaměstnanosti ale i sociální ochrany. (Molek, 2009)

V odborné literatuře je pojem sociální služby vykládán na dvou úrovních:

- jako jistá forma pomoci, která se poskytuje ve prospěch jiných osob prostřednictvím státních, obecních či nestátních institucí,
- jako sociální práce pro osoby v sociální nouzi. (Průša, 2007)

Prudká (2015) uvádí, že organizace poskytující sociální služby lze dělit na dva základní druhy. Prvním druhem jsou neziskové organizace a druhým organizace ziskové. Neziskové organizace je možné dále dělit na dvě skupiny, tedy na organizace vládní neziskové a organizace nestátní neziskové. Vládní neboli státní veřejné neziskové organizace zaopatřují realizaci veřejné správy, převážně prostřednictvím příspěvkových organizací, jejichž zřizovatelem jsou obce či kraje. Dále Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále

MPSV) mezi státní správu, která má působnost v oblasti sociálních služeb, řadí krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení, úřady práce České republiky, jejich krajské pobočky, obce a kraje. Mezi nestátní neziskové organizace řadíme spolky, ústavy, církevní organizace, církevní právnické osoby a jiné.

Matoušek (2007) ve své publikaci doplňuje že, sociální služby spadají i do dalších rezortů státní správy. Mezi ně patří např. řízení kojeneckých ústavů, jenž, jsou pod záštitou Ministerstva zdravotnictví, dále sem také řadíme výchovné ústavy spadající pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Sociální služby jsou v naší republice zahrnuty v systému sociálního zabezpečení a jsou zařazeny do oblasti tzv. sociální pomoci.

Janečková a kol. (2016) ve své knize uvádí, že podmínkou pro poskytování sociálních služeb je oprávnění vzniklé na základě rozhodnutí o registraci. Dle zákona o sociálních službách je registrace poskytovatelů povinná od 1. ledna 2007. O tomto rozhodnutí rozhoduje krajský úřad. Registrace služby je podmíněna podáním písemné žádosti o registraci, odbornou způsobilostí, bezúhonností, zajištěním hygienických podmínek, personálním zajištěním, materiálním zajištěním a dalších podmínek, které jsou uvedeny v § 79 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni a zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb. Tento registr je veden krajským úřadem a je veden jak v listinné podobě, tak i v elektronické. Můžeme zde nalézt údaje o kapacitě služby, údaje o poskytování základních i fakultativních činností, také financování jednotlivých služeb. V registru jsou rovněž obsaženy informace o výši poskytnuté dotace na daný kalendářní rok pro jednotlivé sociální služby. MPSV je správcem elektronické verze registru a tento je veden v informačním systému veřejné správy. Osoba má právo podat žádost o poskytnutí sociální služby, a to buď přímo u poskytovatele sociálních služeb, nebo u obce, ve které jsou hlášeny k trvalému či aktuálnímu hlášenému pobytu. Pro poskytnutí sociální služby je nezbytně nutné mezi žadatelem a poskytovatelem uzavřít písemnou smlouvu dle daných náležitostí.

V případě, že je zřizovatelem služby přímo MPSV, tak o registraci rozhoduje ministerstvo. Registrace je vyžadována u fyzických a právnických osob, rovněž také u organizačních složek státu či územně samosprávného celku, jehož jménem bude sociální službu poskytovat jeho organizační složka. (Zákon o sociálních službách, online)

2.4 Uživatel sociální služby

Na základě našich zkušeností z praxe v sociálních službách jsou velmi často pojmy klient a uživatel pokládány za synonyma. V sociálních službách se spíše přikláníme k pojmu uživatel, tudíž jej budeme používat i v této diplomové práci.

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, je sociální služba poskytována osobám k zajištění pomoci a podpory za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Zaměřuje se tedy na osoby, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci a existuje u nich oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv, anebo z dalších podstatných příčin řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. (ČESKO, 2006)

V současné době je klientem ten, kdo je schopen vyjednávat o zakázce. Klient v sociálních službách se však nachází v rozdílné situaci než běžný zákazník. Běžný zákazník je schopen si o nabízení službě samostatně zjistit komplexní informace a samostatně se tak rozhodnout pro tu nejlepší variantu. Klient vyjednávající o sociální službě, se často nachází pod jistým tlakem vzhledem ke své nepříznivé životní situaci a nemá dostatek znalostí jako její poskytovatel. (Matoušek, Křišťan, 2013)

Podle Trevitnicka (2000) je za klienta či uživatele považován subjekt, který můžeme jmenovat klientem, pacientem, zákazníkem a uživatelem služby. Mezi uživatelem a pracovníkem by měl existovat rovnocenný a symetrický vztah. Ani jedna strana by neměla zneužívat moc, kterou může za jistých podmínek nabývat nad druhou stranou. Někteří autoři zauímají názor, že pojem klient je silně zatížený závislostním hodnocením a proto jej odmítají.

2.5 Práva osob s mentálním postižením

Podle Sobka (2007) mají lidé s mentálním postižením stejná práva jako lidé bez postižení. Jednou z nejdůležitějších činností souvisejících s poskytováním sociálních služeb je pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a zajišťování osobních záležitostí. Sociální služby poskytují uživatelům pomoc a podporu, zároveň zachovávají jejich lidskou důstojnost, svědomitě dodržují lidská, občanská práva a práva základní svobody. V souvislosti s transformací sociálních služeb jsou osoby s mentálním postižením chápány

jako dospělé osoby, které jsou nositeli všech základních lidských práv. Mezi tato základní práva řadíme osobní svobodu a svobodu pohybu, právo na ochranu svého soukromí, osobního i rodinného života, právo na důstojné zacházení, právo na život v běžném prostředí, právo na práci a na odměnu za ni, právo vlastnit majetek, právo na svobodné rozhodování, aktivní ochranu před jakýmkoli zneužíváním a porušováním práv.

V publikaci *Manuál transformace ústavů* (2015, s. 19) je uvedeno, že: „*V každém okamžiku v průběhu deinstitutionalizace je nutné sledovat, zda jsou naplňována práva uživatelů sociálních služeb. (Proces deinstitutionalizace s sebou přináší mimo jiné nutnost, aby řada lidí udělala řadu velkých rozhodnutí. Je důležité, aby tato rozhodnutí nepoškodila uživatele sociálních služeb a nebyla v rozporu s jejich potřebami a zájmy).*“

2.6 Specifika osob s mentálním postižením

V této podkapitole chceme definovat specifika osob s mentálním postižením, které tvoří cílovou skupinu chráněného bydlení. Klasifikujeme typy mentální retardace dle závažnosti postižení podle Mezinárodní klasifikace nemocí vydané Světovou zdravotnickou organizací. Vymezíme si základní charakteristiky jednotlivých stupňů mentální retardace.

Každý mentálně postižený jedinec je individuálním subjektem, který je charakteristický svými osobními rysy. I přesto se ale u většiny z nich objevují jisté společné znaky, které jsou závislé na rozsahu a hloubce mentální retardace, na rovnoměrnosti psychického vývoje a na stupni postižení jednotlivých psychických funkcí. Mentálně postiženými mohou být děti, adolescenti a dospělí, kteří zaostávají ve vývoji jejich rozumových schopností, trpí adaptačními poruchami a dochází u nich k odlišnému vývoji některých psychických vlastností. Míra a hloubka mentální retardace je výrazně individuální. (Švarcová, 2011)

V současné době se v české psychopedii používají označení jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací jako synonyma. Termín mentální retardace je označení pro samotný syndrom. V odborné literatuře se objevují i jiné výrazy a to např. mentální či duševní zaostalost, slabomyslnost, rozumová nebo duševní vada či mentální defektnost. K době vzniku mentální retardace se vážou termíny oligofrenie a demence. (Černá, 2008) Oligofrenie je opoždění duševního vývoje, ke kterému dochází v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním. Naopak demence je definována jako důsledek poškození mozku v průběhu života postiženého, převážně po dovršení druhého

roku věku. Vznik demence může být vázán důsledky nejrůznějších onemocnění a úrazů mozku, které mohou vést k narušení, zastavení nebo zvrácení doposud normálního vývoje. (Švarcová, 2011)

Pro názornost uvádíme tabulku vývoje pojmu člověk s mentálním postižením.

Tabulka 1 Vývoj pojmu člověk s mentálním postižením

Období	Člověk v zařízení	Člověk jako nositel zdravotního postižení
do 80. let	pacient	imbecil, debil, idiot
80. léta		mentálně retardovaný
90. léta	chovanec	zdravotně postižený, mentálně postižený, mentálně handicapovaný
konec století	klient	člověk s mentálním postižením
dnes	klient, uživatel	

Zdroj: Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením (Rada, 2006, s. 9)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je mentální retardace snížená schopnost porozumět nové nebo složité informaci, učit se aplikovat nové dovednosti. To vede ke snížení schopnosti sociálně se adaptovat. Postižení nezávisí pouze na zdravotním stavu jedince, ale také na vnějších faktorech, které podporují socializaci handicapovaného jedince. (WHO – online)

2.6.1 Klasifikace mentální retardace

Dle Švarcové (2011) mentální retardace vymezuje snížení stupně rozumových schopností, v psychologii bývá označováno jako inteligence. Mentální retardace se vyznačuje velmi nízkou úrovní inteligence. Pro klasifikaci mentální retardace se používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10), kterou zpracovala WHO v Ženevě. Tato klasifikace vešla v platnost roku 1992. Mentální retardace spadá do oboru psychiatrie, tudíž má jako první označení písmeno F. Oddíly F70 – F73 a F78 – F79 jsou věnovány mentální retardaci. Podle inteligenčního kvocientu se mentální retardace dělí do těchto šesti základních stupňů:

- F70 lehká mentální retardace (IQ 69 – 50),
- F71 středně těžká mentální retardace (IQ 49 – 35),
- F72 těžká mentální retardace (IQ 34 – 20),
- F73 hluboká mentální retardace (IQ 19 a nižší),
- F78 jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace.

V rámci klasifikace mentální retardace se můžeme setkat i s jinými klasifikacemi. Jedna z nich je Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition (DSM – IV). Tuto klasifikaci vytvořila Americká psychiatrická asociace (American Psychiatric Association). Pro srovnání Valenta, Michalík a Lečbých (2012) rozlišují tyto kategorie:

- 317 Mild Mental Retardation (IQ 50 až 70),
- 318.0 Moderate Mental Retardation (IQ 35 – 40 až 50 – 55),
- 318.1 Severe Mental Retardation (IQ 20 – 25 až 35 – 40),
- 318.2 Profound Mental Retardation (IQ pod 20 – 25).

Autorky Ludíková a Kozáková (2012) ve své publikaci uvádějí, že péče o osoby s mentálním či duševním postižením je dlouhodobým procesem, v případech osob s těžším či hlubokým postižením, pak procesem celoživotním. Tento proces vyžaduje pomoc a podporu nejen státu, ale i svého okolí. Díky daným specifikám a potřebám osob s mentálním postižením je nezbytné zajistit poradenství pro tyto osoby ve všech jejich etapách života. Poradenská služba se poskytuje na základě principu individuality, začlenění se do populace, reflexe a pochopení potřeb osob s mentálním postižením.

2.6.2 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace klientů pobyťových sociálních služeb

Mentálně postiženými osobami rozumíme děti, mládež i dospělé osoby, které zaostávají ve vývoji rozumových schopností, v psychickém vývoji a dochází u nich k poruchám adaptačního procesu. Příčinou mentální retardace zpravidla bývá organické poškození mozku, které je způsobeno vlivem strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Jedná se o trvalé snížení rozumových schopností, způsobené neodstranitelným poškozením mozku. (Švarcová a Slabinová, 2006)

Klasifikujeme čtyři typy mentální retardace podle závažnosti. Tyto skupiny blíže specifikujeme.

Lehká mentální retardace (IQ 69 – 50)

Dřívější označení – debilita. V této kategorii je zařazena převážně většina postižených, cca 80 – 85% lidí s mentální retardací. Lehce mentálně retardovaní jedinci jsou schopni užívat řeč v běžném životě, k verbálnímu projevu a také ke konverzaci. Nejsou však schopni myslet abstraktně, a tak v jejich verbálním projevu mnoho abstraktních pojmů zcela chybí. (Švarcová, 2011) Vágnerová (2004) říká, že řeč a myšlení jsou pouze konkrétní. Verbální projev bývá jednoduššího charakteru, objevují se odchylky u významu některých slov a nepřesnost větné skladby. Postižení také spíše používají kratší věty, než dlouhá souvětí. Jsou schopni samostatnosti v péči o vlastní osobu, vyžadují pouze občasný dohled druhé osoby. V dospělosti mohou být začleněni do pracovního procesu. Pracovní náplň tvoří spíše manuální činnost, ke které potřebují mít praktické dovednosti než teoretické schopnosti. U osob s lehkou mentální retardací se objevují obtíže s chápáním a následně přizpůsobováním se normám ve společnosti, nejsou schopni smířit se s požadavky manželství a výchovou dětí, nejsou způsobilí samostatně řešit problémy každodenního života, vlastní finanční situaci, zdravotní péči nebo otázku bydlení.

Středně těžká mentální retardace (IQ 49 – 35)

Dřívější označení – imbecilita. Středně těžká retardace je diagnostikována cca u 10% postižené populace. U jedinců se středně těžkou mentální retardací je rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn. Opoždění často přetrvává až do dospělosti. Mentální úroveň můžeme přirovnat k dítěti předškolního věku, které nerozumí logickému myšlení. Řeč je velmi prostá a jednoduchá, slovník bývá chudý, chybí i prosté konkrétní pojmy. Jedinci jsou schopni osvojit si běžné návyky v oblasti sebeobsluhy, avšak vyžadují trvalý dohled. (Vágnerová, 2004)

Těžká mentální retardace (IQ 34 – 20)

Dříve používající termín – idiocie. Do této kategorie spadá cca 5% mentálně retardovaných jedinců. Těžká mentální retardace je v mnoha ohledech téměř podobná jako středně těžká retardace. Většina postižených trpí poruchami motoriky nebo přidruženými vadami. Jejich mentalita se pohybuje přibližně kolem věku 18. měsíců – 3,5 roku. (Švarcová, 2011) Podle Vágnerové (2004) dospělí jedinci chápou pouze základní souvislosti a vztahy. Jejich slovní zásoba je výrazně omezená, někteří nemluví vůbec. Zvládají jen primární sebeobslužné činnosti, potřebují neustálý dohled druhé osoby. Ve většině případů se jedná o kombinované postižení a často může být přidružena epilepsie.

Hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

Tehdejší označení též idiocie. Tuto skupinu tvoří necelé 1% mentálně postižených. Jejich schopnost porozumět mluvené řeči je velice omezena. Jedinci reagují na podněty libosti či nelibosti, tedy úsměvem či naopak pláčem. Velká část retardovaných je imobilních, často bývají inkontinentní a vyžadují 24 hodinovou péči. Proto jsou velmi často umístováni do zařízení sociálních služeb. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace

Podle Švarcové (2011) se tato kategorie používá jen v případě, že stanovení stupně mentální retardace je nsnadné pro přidružené senzoričké nebo somatické poškození, např. u neslyšících, nevidomých, u jedinců s těžkými poruchami chování nebo osob s autismem.

Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se uplatňuje, když je mentální retardace prokázána, ale není dostatečné množství informací, aby bylo možno začlenit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

3 KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY TYPU CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ A JEJICH PERSONÁLNÍ STRÁNKA

V předešlé kapitole jsme se snažili okrajově nastínit základní charakteristiku a myšlenky služby chráněného bydlení v rámci pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. V této kapitole budeme službu chráněného bydlení více specifikovat jako výsledek procesu transformace.

Podle Johnové (2008) jsou komunitní sociální služby poskytovány v přirozeném prostředí uživatele, umožňují osobám žít běžným způsobem života, možnost využívat veřejné služby a služby dalších specialistů. Jedná se o alternativu ústavní péče. Autorka také uvádí znaky komunitní služby a tj.: pomoc při zvyšování kvality života znevýhodněných místních obyvatel, služby jdou za člověkem do jejich běžného přirozeného prostředí a umožňují mu tam žít, odpovědnost je převáděna na nejbližší okolí člověka, nevystavuje člověka závislosti na dané službě, komunitní služby jsou využívány tehdy, kdy je jich potřeba. Komunitní sociální služby nejsou domy, jsou to služby.

Chráněné bydlení je sociální službou, která uživatelům umožňuje samostatnější bydlení, ale současně nejsou v důsledku své sociální a zdravotní situace schopni za normálních podmínek vést samostatný život běžným způsobem. Mezi nejvhodnější varianty patří vytváření zařízení pro stejné cílové skupiny. Chráněné bydlení můžeme členit na individuální a skupinové. Ve většině případů jsou spíše vytvářeny zařízení, která jsou určena pro více uživatelů, než samostatné byty. V případě samostatných bytů pak hovoříme o terénní sociální službě, podpora samostatného bydlení. Jedním z hlavních důvodů vzniku chráněných bydlení je, že lidem s mentálním postižením značně prospívá pobyt v menším kolektivu lidí s obdobným handicapem. Jejich život je tak ovlivňován v oblastech jejich sebevědomí, komunikačních a sociálních dovednostech a zároveň ovlivňuje jejich psychickou pohodu. (Rada, 2006)

Podle Kozákové (2005) je chráněné bydlení pobytovým zařízením pro několik lidí, mezi kterými neexistuje žádný příbuzenský vztah. S veškerými činnostmi, které nejsou schopni běžně sami zvládnout, jim dopomáhají asistenti. Mezi tyto činnosti můžeme např. zařadit vaření, uklízení, sebeobslužné činnosti apod. Služba je určena zejména pro osoby, které mají sníženou schopnost převážně v oblastech osobní péče a péče o domácnost. Jsou však zároveň schopni samostatnějšího života. Služba jim poskytuje více soukromí a prostor pro realizaci rozvoje vlastní identity a svobody.

Pipeková (2006) uvádí, že chráněné bydlení je residenční službou, poskytující klientům podporu dle jejich individuálních potřeb, aby byli schopni v maximální míře vést běžný způsob života. Klienty chráněného bydlení mohou být lidé dlouhodobě postižení nebo trvale znevýhodnění v důsledku nemoci či postižení.

Mahrová a Venglářová a kol. (2008) uvádějí, že uživatelé zpravidla žijí v bytě nebo rodinném domě společně s dalším uživatelem či uživateli, kde každý z nich má svůj vlastní pokoj (nebo jej sdílí s dalším uživatelem). Využívá společné prostory jako kuchyň, koupelnu a obývací pokoj. Pracovníci v sociálních službách (PSS) nebo asistenti provádí s uživatelem nácviky běžných praktických i sociálních dovedností, které uživatel potřebuje k samostatnému životu. Po získání nezbytných dovedností lze směřovat k ukončení služby typu chráněného bydlení a podpořit uživatele k samostatnému fungování ve vlastním bytě.

Podpora samostatného bydlení není pobytovou sociální službou, nýbrž terénní službou, z tohoto důvodu ji v diplomové práci zmíníme pouze okrajově. Jedná se o službu, která je určena lidem, kteří jsou samostatní natolik, že bydlí ve své vlastní domácnosti, ale stále potřebují v určitých činnostech pomoc někoho druhého. Jedná se často o klienty, kteří využívali službu chráněného bydlení, avšak již nepotřebují takovou míru podpory, jakou služba chráněného bydlení poskytuje. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 119).

3.1 Personální zajištění služby chráněného bydlení

V této podkapitole si nastíníme základní charakteristiky personálního zajištění pobytové sociální služby chráněného bydlení a to z toho důvodu, protože téma naší diplomové práce je zaměřeno na pracovníky přímé péče, kteří si prošli procesem transformace. Vymezíme si základní úlohu pozice pracovníka v sociálních službách, sociálního pracovníka a aktivizačního pracovníka, kteří plní nedílnou součást životů uživatelů chráněného bydlení.

Pospíšil a Smutková (2016, s. 28) ve své publikaci uvádějí, že: *„personální zajištění sociální služby i každé jiné služby je aspekt, který zásadně ovlivní konečnou kvalitu poskytnuté služby. Proto je důležité, aby měl poskytovatel k dispozici dostatečný počet kvalifikovaného personálu“*.

3.1.1 Pracovník v sociálních službách

Dle Zákona o sociálních službách je pracovníkem v sociálních službách ten, kdo vykonává:

- přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních či pobytových zařízeních sociálních služeb, které spočívají v náviku jednoduchých denních činností, pomáhá při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržuje čistotu a osobní hygienu, podporuje soběstačnost, posiluje životní aktivizaci, vytváří základní sociální a společenské kontakty, uspokojuje psychosociální potřeby,
- provádí základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá v prohlubování a upevňování základních a společenských návyků, působí na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit, které se zaměřují na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti,
- vykonává pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťuje sociální pomoc, provádí depistáže pod vedením sociálního pracovníka, poskytuje pomoc při vytváření sociálních a společenských kontaktů, organizuje zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,
- pod dohledem sociálního pracovníka, provádí činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí.

Podmínkou pro výkon činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost dle tohoto zákona.

Dle legislativy a standardů kvality sociálních služeb jsou v chráněném bydlení pracovníci v sociálních službách zároveň i klíčovými pracovníky. Klíčový pracovník s uživatelem plánuje průběh poskytování sociální služby a následně průběžně společně hodnotí, zda jsou stanovené cíle uživatele naplňovány. (ČESKO, 2006) Dle Vítové (2011) by pozici

klíčového pracovníka měl zastávat pracovník přímé péče, který je s uživatelem v každodenním kontaktu.

Klíčový pracovník nese odpovědnost nejen za koordinaci plánování průběhu služby konkrétnímu uživateli, ale současně je i člověkem, na kterého se uživatel může kdykoli obrátit se svými osobními problémy, pocity a potřebami. (Pierson a Thomas, 2010) Vítová (2011) dodává, že by pracovník měl být s uživatelem v pravidelném kontaktu, měl by mu rozumět a zvládnout pro něj zprostředkovat pomoc. Být jeho důvěrnou osobou i průvodcem v nelehkém životním období. Malíková (2011) doplňuje, že podmínkou pro vykonávání funkce klíčového pracovníka jsou jisté kompetence, kterými by měl pracovník disponovat, a ty jsou tvořeny vědomostmi, jako je znalost platných zákonných norem i předpisů v sociální oblasti, dále znalost cílové skupiny, nabídky služeb a jejího poslání, cílů, zásad, metod a postupů při individuálním plánování služby. Pracovník by měl mít i jisté sociální a komunikační dovednosti, měl by dokázat aktivně naslouchat a z verbálních i neverbálních projevů uživatele rozpoznat jeho potřeby a problémy.

3.1.1.1 Individuální plánování sociální služby

Klíčový pracovník sehrává při procesu individuálního plánování důležitou roli. Je koordinátorem péče a podpory pro uživatele. Na klíčového pracovníka se uživatel může kdykoli obrátit, kontaktovat ho. Je jeho důvěrníkem, který mu pomáhá řešit jeho problémy. K povinnostem klíčového pracovníka patří převážně dovednosti a schopnosti vést rozhovor, vytvářet individuální plány a následně je přehodnocovat, což vyžaduje jistou míru individuálního přístupu a kreativní schopnost. Dle zákona o sociálních službách musí pracovník v sociálních službách mít odbornou způsobilost a pravidelně navštěvovat akreditované kurzy, které vedou ke zkvalitnění jeho práce. (Hauke, 2011) Podle Johnové (2008) je v individuálním plánování služby nejdůležitější vnímat věc jako proces, a ne jako výsledek.

3.1.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby

obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (Zákon o sociálních službách)

Mezi hlavní předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka dle výše uvedeného zákona řadíme:

- způsobilost k právním úkonům,
- zdravotní způsobilost,
- odbornou způsobilost k výkonu této profese,
- povinnost dalšího vzdělávání, kterým si sociální pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje svou kvalifikaci.

Sociální pracovník v rámci své práce plní jisté sociální role. Mátel (2019) vymezuje tyto role sociálního pracovníka:

- podporovatel – podporuje uživatele ve zvládnutí zátěžových nebo stresových situacích,
- poradce – provádí poradenství na jakékoli úrovni,
- mediátor – pomáhá při řešení sporů,
- pečovatel – poskytuje praktickou péči i emocionální podporu,
- terapeut – pomáhá uživatelům při překonávání nebo zmírňování onemocnění, postižení nebo při problémech,
- vzdělavatel – poskytuje informace a nácvik sociálních schopností,
- facilitátor – pomáhá utvářet klima skupiny a pracuje s pocity členů skupiny,
- negociátor – vyjednávač, reprezentuje organizaci, skupinu či jedince, kteří se snaží něco získat od jiné skupiny nebo systému,
- manažer – stanovuje, organizuje a řídí aktivity při dosahování organizačních cílů, zprostředkovává programy, monitoruje a vyhodnocuje,
- analytik a evaluátor – analyzuje a vyhodnocuje různé programy nebo systémy,
- koordinátor a sjednocovatel – řídí činnosti ve prospěch uživatele,
- administrativní pracovník – pracuje v souvislosti se státní správou v oblasti sociálních věcí,
- advokát – zastupuje uživatele v právních úkonech,
- zprostředkovatel – pomáhá spojovat uživatele s komunitními zdroji a službami.

I Matoušek (2008) ve své publikaci uvádí, že sociální pracovník plní role facilitátora, animátora, garanta i klíčového pracovníka. Zdůrazňuje, že sociální pracovník by měl disponovat empatií, angažovaností, etikou sociální práce, schopností aktivního naslouchání a schopností udržet si jistou distanci mezi ním samotným a klientem.

Dle odborného časopisu Sociální práce č. 3 (2009) je sociálním pracovníkem autonomní osobnost, která je schopná mít morální odpovědnost za svá rozhodnutí. Každý sociální pracovník by si měl uvědomovat své profesní i osobní hodnoty, které jsou občas v konfliktu, avšak na výkonu jeho práce se nesmí nijak projevit. Musil (2014, s. 18) uvádí, že pro sociální pracovníky *„je společné, že předmětem jejich pozornosti je celková situace klienta, že se snaží přímo nebo nepřímo přispět k tomu, aby klient zvládl širší škálu bariér“*.

Podle Matouška (2003) sociální pracovník jedná dle daných předpisů a plní si své povinnosti, které jsou definované zákonem i zaměstnavatelem. Nemůže být nikým osočen, v případě, že postupoval dle předem stanoveného postupu. Je tedy částečně omezen postupy na jedné straně a na straně druhé je jimi chráněn před vlastní odpovědností. Role sociálního pracovníka je významnou, jelikož osoby pracující v této profesi, přebírají jisté povinnosti jak k profesi, tak k zaměstnavateli. Pohybují se v oblasti práv a povinností, které definuje právní systém, zaměstnavatel a řídí se profesními standardy. V otázkách etických problémů či dilemat, je nutné, aby sociální pracovník měl dostatečné znalosti v etických teoriích a měl nastavené hodnoty v rámci sociální práce.

Sociální pracovníci nejsou v úzkém významu chápáni jen jako osoby provádějící přímou praxi (praktici), ale jsou chápáni i jako učitelé a výzkumníci. Tato skutečnost se však doposud neodráží v legislativě ani v odborné literatuře. (Mátel, 2019)

3.1.3 Aktivizační pracovník

Smysl aktivizace v sociálních službách spočívá v podpoře takových procesů, jejichž výsledkem je vyšší míra nezávislosti na službách. Aktivizací rozumíme proces, ve kterém se hlavní otázkou stává: „Co motivuje klienta být aktivní a činorodý, anebo co by ho k tomu mohlo motivovat?“ Aktivizace není tedy jen bezmyšlenkovité nabízení celé sorty aktivit, ale jedná se o proces hledání individuální motivace uživatelů. (Vojířová, 2012)

Musil, Hubíková a Kubalčíková (2006) uvádějí, že od aktivizačních pracovníků v sociálních službách se očekávají následující poslání:

- organizování zájmové činnosti uživatelů a přizpůsobení se jejich jednotlivým přáním, jejich zvykům, možnostem i schopnostem,
- poskytnutí psychické podpory a být uživatelům komunikačním partnerem,
- poskytnutí uživatelům psychickou úlevu a jisté rozptýlení,
- přizpůsobit aktivity možnostem zařízení,
- stimulovat zájmy uživatelů o aktivity,
- poskytnout uživateli možnost osobního kontaktu, komunikovat s ním a jevit o něho zájem.

Cílem aktivizačních činností v sociálních službách je podpora uživatele k činnostem, které povedou k naučení se strategií pro zvládnání těžkostí, jež jsou s jeho handicapem spojeny, k větší nezávislosti na sociální službě a k lepšímu sociálnímu začlenění. (Medlíková, 2011)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V předcházejících kapitolách jsme vymezili teoretický základ k problematice transformace pobytových sociálních služeb. Zejména tedy služby domova pro osoby se zdravotním postižením a služby chráněného bydlení. V praktické části diplomové práce zjišťujeme pohled na tento proces z vlastních zkušeností pracovníků přímé péče při přechodu z domova pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DZP) do chráněného bydlení.

Ve čtvrté kapitole diplomové práce se zaměřujeme na popsání metodologie výzkumu. V první řadě, jsme si stanovili cíl výzkumu a vyspecifikovali jsme si hlavní výzkumnou otázku. Na základě odpovědí na tyto otázky jsme si zvolili kvalitativně orientovaný výzkum. Kvalitativní výzkum byl zvolen převážně z důvodu, že chceme porozumět tomu, jaký je rozdíl v přímé práci s klienty DZP a s klienty chráněného bydlení. Usilujeme o porozumění jevů popisujících realitu a individuální zkušenosti pracovníků chráněného bydlení. Uplatňujeme záměrný výběr výzkumného souboru vycházející z metod kvalitativního přístupu. Do tohoto souboru jsme zahrnuli pracovníky přímé péče, kteří v předešlých letech pracovali jako PSS v DZP a v současné době jsou pracovníky v sociálních službách v chráněném bydlení.

Při stanovení výzkumné techniky jsme vycházeli z možností, které jsou dostupné z kvalitativních metod. Vybrali jsme si polostrukturovaný rozhovor, ve kterém by mohli pracovníci přímé péče, kteří prošli procesem transformace, volně odpovídat na klíčové otázky. Pro náš výzkum jsme si zvolili nejmenovaná chráněná bydlení v okrese Kroměříž, jejichž zřizovatelem jsou Sociální služby Uherské Hradiště, p. o., jelikož tyto sociální služby aktuálně procházejí procesem transformace. V současné době jsou Sociální služby Uherské Hradiště největším poskytovatelem sociálních služeb nejen ve Zlínském kraji, ale i v celé České republice. Úspěšně se jim daří vytvářet nová chráněná bydlení pro uživatele s nízkou a střední mírou podpory. Organizace poskytuje chráněná bydlení v Uherském Hradišti, Starém Městě, Uherském Brodě, Kroměříži, Morkovicích a dle transformačních plánů budou vznikat nová chráněná bydlení i v Bystřici pod Hostýnem apod.

V závěrečné části čtvrté kapitoly se snažíme o specifikaci postupu při samotném sběru dat. Vymezení způsobu zpracování dat a popis jednotlivých etap, ve kterých výzkum probíhal. Kapitulu uzavíráme časovým harmonogramem výzkumu zpracovaným do tabulky.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají proces transformace, který spočívá v přechodu z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení.

Dále byly stanoveny dílčí výzkumné cíle:

- zjistit, jaký je hlavní rozdíl v práci s uživateli v DZP a s uživateli v CHB,
- zjistit, jaké okolnosti pracovníci přímé péče vnímají pozitivně a negativně v průběhu procesu transformace,
- zjistit, jaká jsou pozitiva a negativa procesu transformace z pohledu pracovníků přímé péče.

Domníváme se, že by výsledky našeho výzkumu mohly pomoci pracovníkům přímé péče, i sociálním pracovníkům, kteří doposud nemají s procesem transformace žádnou zkušenost a aktivně se na tento proces připravují. Přínos pro pracovníky může spočívat převážně v inspiraci pro zkvalitnění života klientů chráněných bydlení. Dalším přínosem může být seznámení s touto problematikou širokou veřejností a lépe tak zasvětit běžnou populaci do života mentálně postižených osob.

Jak již bylo zmíněno, trend transformace pobytových sociálních služeb a vznik chráněných bydlení je v současné době jedním z aktuálních témat v sociální oblasti. Vznik chráněných bydlení s sebou přináší moderní alternativu pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zaměřit se na tuto tematiku. V praktické části práce se snažíme o zjištění poznatků, jakým způsobem ovlivnila změna typu sociální služby, kvalitu poskytování přímé péče pracovníky v sociálních službách. V této oblasti chceme získat nové poznatky, názory a pohled pracovníků přímé péče, kteří se ocitli v úplně jiném systému práce s klientem. Chceme se dozvědět, jakým způsobem se postupně vyrovnávají se změnami, problémy, různými překážkami, riziky, ale také s rozšířením nových možností v různých oblastech.

Na začátku každého výzkumu je důležité stanovení cíle výzkumu tak, aby ve výsledku byly dostatečně významné a vztahovaly se ke specifické skupině osob. Podstatné je i to, kdo bude naše cíle sdílet a komu budou připadat zajímavé. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Dále je důležité stanovení výzkumných otázek. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumu. Otázky plní dvě primární funkce. První je pomoc při

zaostření výzkumu tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli. Druhou pak je dále ukazovat cestu, jakým způsobem výzkum vést. Výzkumné otázky musí být ve vzájemném vztahu s určenými cíli a výzkumným problémem.

Stanovili jsme si hlavní výzkumnou otázku.

HVO: Jak vnímají pracovníci přímé péče přechod z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení?

Dále jsme si stanovili dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jak pracovníci přímé péče zvládají jiný systém práce s uživateli v chráněném bydlení?

DVO2: Jaké okolnosti procesu transformace jsou vnímány pozitivně a negativně z pohledu pracovníků přímé péče?

DVO3: Jaká pozitiva a negativa s sebou proces transformace přináší?

4.2 Výzkumná metoda a způsob zpracování dat

V předešlé podkapitole jsme si vymezili cíl výzkumu a hlavní výzkumnou otázku. Cílem této podkapitoly je popsat výzkumnou metodu, kterou jsme použili v našem výzkumu a následně definovat způsob zpracování dat.

V rámci kvalitativního přístupu jsme si zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Podle Miovského (2006) patří polostrukturovaný rozhovor mezi nejrozšířenější metody rozhovoru a to především z toho důvodu, že odstraňuje nevýhody nestrukturovaného a plně strukturovaného interview. Tazatel si vytvoří jisté okruhy otázek, které považuje za důležité a na ně se bude účastníků ptát. Tazatel tak nepožaduje striktní pořadí otázek. Miovský dále uvádí, že nejvíce využívanou podobou rozhovoru je tzv. „Kostra“, kdy podoba rozhovoru je pevně daná, skládá se z otázek, jejichž pořadí lze různě zaměňovat a vytěžit tak z rozhovoru maximum.

Celkem byly realizovány 4 polostrukturované rozhovory, které se uskutečnily po vzájemné dohodě na místě a v čase vyhovující oběma stranám. Otázky do rozhovoru jsme si předem připravili a v průběhu konverzace jsme se dle potřeby doptávali. Tyto otázky jsou součástí příloh diplomové práce. Před samotným začátkem rozhovoru byli respondenti znovu

ujištění, že výzkum je zcela anonymní a informace, které nám sdělí, budou použity pouze pro účely našeho výzkumu. Respondenti nám potvrdili souhlas s nahráváním rozhovoru. Z důvodu anonymizace dat jsou respondenti označeni jako respondent (R) a pořadovým číslem.

Byly realizovány rozhovory s pracovníky přímé péče chráněného bydlení, kteří prošli procesem transformace a z DOZP přešli do chráněného bydlení.

4.3 Výzkumný soubor a způsob jeho výběru

V předchozí podkapitole jsme si vymezili cíl výzkumu a hlavní výzkumnou otázku. Na základě stanovených výzkumných otázek si v této podkapitole vymezíme výzkumné stanovisko a výzkumný soubor.

Podle Strausse a Corbinové (1999) pod termínem kvalitativní výzkum rozumíme výzkum, ve kterém neaplikujeme statistické metody, ale využíváme ty postupy, které se zaměřují na život lidí, jejich chování, vztahy a lidské příběhy. S kvalitativním přístupem nejvíce spojujeme techniky rozhovoru a pozorování. Nejsou to však jediné techniky, které lze u tohoto přístupu použít. Mezi další techniky můžeme zařadit studium dokumentů, knih a jiných údajů. Kvalitativní přístup si vybíráme zpravidla v případě, že se pokoušíme nalézt podstatu zkoumaných jevů nebo podstatu něčí zkušenosti s jistými jevy. Rovněž také v případě, kdy se snažíme porozumět jevům, o kterých doposud moc informací nemáme.

Výzkumný soubor jsme si vybrali metodou záměrného výběru. Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla skutečnost, že každý z nich musí mít pracovní zkušenosti, jak s prací v DZP, tak s prací v chráněném bydlení. Kontakt s respondenty o možnost poskytnutí rozhovoru byl proveden po vzájemné osobní domluvě, kdy všichni s poskytnutím informací souhlasili. Rozhovory se podařilo uskutečnit se 4 respondenty, jejichž základní informace jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 2 Základní údaje o respondentech

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Délka praxe v DZP	Délka praxe v CHB
R1	žena	51	7 let	4 měsíce
R2	žena	44	14 let	2 roky
R3	žena	38	6 let	6 měsíců
R4	žena	49	16 let	1 rok

Charakteristika respondentů:

Respondent R1

Žena, věk 51 let, v současné době pracuje v chráněném bydlení 4 měsíce, předtím pracovala 7 let v domově pro osoby se zdravotním postižením. Začínala zde jako uklízečka, časem si doplnila kurz pracovníka v sociálních službách a od té doby tuto pozici vykonává. V chráněném bydlení je spokojená, jelikož zde není tolik fyzické námahy jako v domově a práce zde jí tak vyhovuje i z jejich zdravotních důvodů.

Respondent R2

Žena, 44 let, v chráněném bydlení pracuje již druhým rokem, v domově pracovala celkem 14 let. V průběhu své praxe pracovala na všech odděleních, která v zařízení jsou, vyzkoušela si tak práci, jak s uživateli s nejtěžším stupněm postižení, tak i s uživateli s lehčí formou postižení. V práci v chráněném bydlení vidí velký smysl a zpět do domova by se již vrátit nechtěla.

Respondent R3

Žena, 38 let, v chráněném bydlení pracuje krátce, celková délka její praxe v sociálních službách je 6 let. V domově pracovala i jako prادلena, poté nastoupila na oddělení jako PSS.

Respondent R4

Žena, 49 let, v chráněném bydlení pracuje 1 rok, avšak v domově pracovala jako vedoucí oddělení, kde se uživatelé intenzivně připravují na přechod do chráněných bydlení. Na tomto oddělení panuje téměř podobný systém práce, jako je právě práce v chráněném

bydlení. Z tohoto důvodu se rozhodla pracovat v chráněném bydlení s uživateli, které si společně se svým pracovním týmem na přechod připravila.

4.4 Zpracování dat

Každý rozhovor byl nahráván na mobilní telefon. Poté byla provedena doslovná transkripce získaných dat, což představuje doslovný přepis rozhovorů do písemné podoby. Po ukončení rozhovoru následovalo poděkování a rozloučení s dotazovaným. Dalším krokem bylo zpracování dat technikou „vyložení karet“, formou otevřeného kódování. Podle Švaříčka, Šedové a kol. (2007) je otevřené kódování technikou, při níž se text člení na jednotky, kterým jsou následně přiřazovány kódy (jména, označení). Při kódování samotných rozhovorů je současně sestavován i seznam vytvořených kódů. Po jeho vytvoření se přistupuje k jejich kategorizaci. Celkem bylo vytvořeno 5 kategorií.

4.5 Časový harmonogram výzkumu

V přípravné fázi výzkumu jsme se věnovali studiu odborné literatury, volbou výzkumného tématu a rovněž jsme sestavovali otázky do polostrukturovaných rozhovorů. Než jsme přistoupili k samotnému výzkumu, provedli jsme předvýzkum, který se uskutečnil v červnu 2020. Jeho cílem bylo ověřit, zda jsou připravené otázky pro dotazované srozumitelné a pochopitelné. Tohoto předvýzkumu se zúčastnili dva respondenti, kteří však nejsou do samotného výzkumu zahrnuti. Výzkum byl realizován v období od října 2020 do ledna 2021. V následující tabulce je časový harmonogram výzkumu znázorněn.

Tabulka 3 Časový harmonogram výzkumu

Studium odborné literatury	únor 2020 – březen 2020
Předvýzkum	červen 2020
Sběr dat a průběžná analýza	říjen 2020 – leden 2021
Interpretace výsledků výzkumného šetření	únor 2021 – březen 2021
Závěr výzkumu	březen 2021 – duben 2021
Finální korektura diplomové práce	duben 2021

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V předchozí kapitole jsme definovali metodologii výzkumu. Popsali jsme cíl výzkumu a výzkumné otázky. Vymezili jsme výzkumní soubor a způsob jeho výběru, způsob zpracování dat a časový harmonogram výzkumu. V následujících podkapitolách budou prezentovány výsledky výzkumného šetření. Interpretované výsledky jsou doplněny citacemi z odpovědí respondentů. Zkratkou „R“ jsou označováni respondenti, číslo následující po zkratce značí číslo řádku v přepisu rozhovoru.

5.1 Analýza a interpretace dat

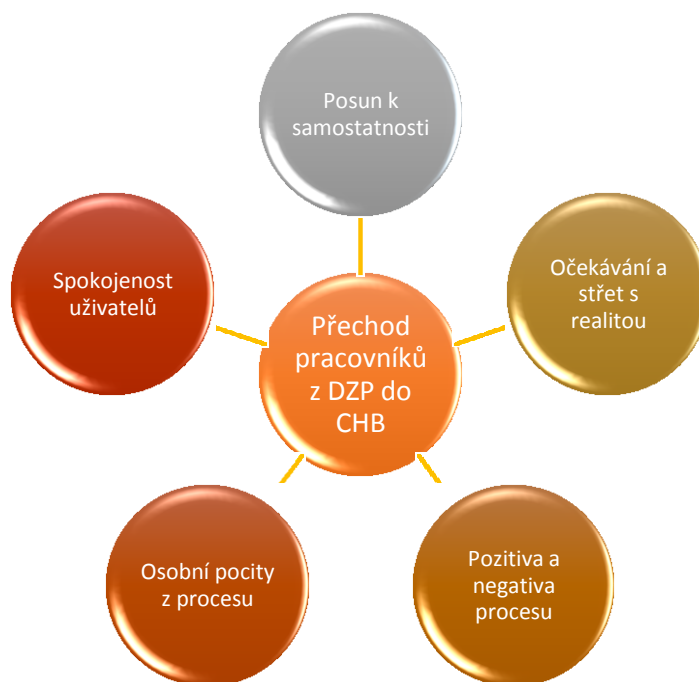
Pro analýzu dat byla jako nejvhodnější technika zvolena metoda otevřeného kódování. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 211) *„Při otevřeném kódování je tet jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dál pracuje.“* Při analyzování dat se ukázalo být kódování v ruce, jinak označené jako tužka papír. *„Jakmile máme vytvořený seznam kódů, je možné začít s jejich systematickou kategorizací.“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 221)

Následně analyzujeme jednotlivé kategorie technikou „vyložení karet“, kdy tato technika navazuje na techniku otevřeného kódování. Dá se říci, že se jedná o její nadstavbu. Používá se pro stavbu kostry analytického příběhu. Technika „vyložení karet“ spočívá v tom, že výzkumník *„kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání sestaví text ta, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií.“* (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 226)

Z provedené analýzy rozhovorů s respondenty vzešlo celkem 5 kategorií, které jsou doplněny nejzajímavějšími citacemi účastníků výzkumu.

Kategorie byly pojmenovány následovně:

- Posun k samostatnosti
- Očekávání a střet s realitou
- Pozitiva a negativa procesu
- Osobní pocity z procesu
- Spokojenost uživatelů



Obrázek 1 Schéma kategorií (vlastní tvorba)

5.1.1 Posun k samostatnosti

V následující kategorii budeme zjišťovat, jak pracovníci přímé péče vnímají základní odlišnosti v systému práce s uživateli v domově pro osoby se zdravotním postižením a s uživateli v chráněném bydlení. Abychom mohli určit, jaké zásadní rozdíly při práci s uživateli vnímají, položili jsme respondentům několik na sebe navazujících otázek.

Kategorii sytí kódy uvedené v následující tabulce:

Tabulka 4 Posun k samostatnosti

Kategorie	Kódy
Posun k samostatnosti	dopomoc při sebeobslužných činnostech
	příprava na samostatnost
	nakupování
	cestování
	vyřizování úředních záležitostí
	doprovod k lékařům

	vaření
	běžný život
	důraz na péči
	menší počet uživatelů
	velký počet uživatelů
	individuální přístup

Z výpovědí respondentů jsme poznali, že odlišností při práci s uživateli v jednotlivých zařízeních existuje hned několik. Jednoznačně nejčastěji uváděným faktem, který se opakovaně vyskytuje ve výpovědích respondentů, je **příprava na samostatnost a běžný život uživatelů**. Respondent č. 1 (R1 7-9): „*A náplní tady? Tak je vlastně motivace taky, hlavně motivace k nákupům, k samostatnosti, k péči o sebe, o hygienu. Naučit se takový návyky, co jsou vlastně pro normálního nebo běžného člověka.*“ S tímto se shoduje i výpověď respondenta č. 2 (R2 18-20): „*Mmm, tak vlastně ta změna, že vlastně už o ně nepečujeme, ale učíme je, aby pečovali sami o sebe a aby se sami o sebe dokázali postarat nebo prostě, že už práci za ně nedělá někdo jiný, že se taky trochu snaží oni.*“ Respondentka č. 4 (R4 7-10): pracovala již v domově na oddělení, které soustavně připravovalo uživatele na přechod do chráněných bydlení: „*Náplní práce tady v chráněném bydlení je vlastně pokračovat v tom, co jsem započala v domově. Tudiž, aby se klient zapojil do nejvíc do chodu domácnosti, zvládal samostatnou přípravu léků, učíme je nakupovat, starat se o domácnost atd. prát, běžný chod domácnosti, to co dělá člověk v životě, to děláme s nima tady.*“ V domově byl systém práce zcela odlišný, v domově se pracovníci zaměřují převážně na dopomoc při sebeobslužných činnostech, je kladen **důraz na péči**. Respondentka č. 1 (R1 1-6): „*... pečovali jsme o klienty, hlavně tam bylo, kteří byli ležáci, tak jsme kolem nich, pečovali, hygienu, jídlo, tak jsme dělali tu péči jako. Potom jsme je aktivizovali. Když byli chodící, tak jsme s něma chodili na vycházky a taky když byl někdo inkontinentní, tak jsme vlastně museli udělat hygienu, kolem jídla se vlastně chodilo a co ještě... Vlastně tam je ta hygiena, jídlo a motivace k nějakým aktivitám, vycházkám a k něčemu takovému.*“

5.1.2 Očekávání a střet s realitou

Na začátku procesu transformace měl téměř každý pracovník jisté pochybnosti a obavy, zda proces může být úspěšný a pro uživatele zvládnutelný. To je zcela pochopitelné, jelikož transformace je dlouhodobým procesem, který s sebou přináší mnoho zásadních změn a nových skutečností, jakým jiným způsobem mohou pobytové sociální služby fungovat.

Kategorie byla sestavena na základě těchto kódů:

Tabulka 5 Očekávání a střet s realitou

Kategorie	Kódy
Očekávání a střet s realitou	obavy
	předsudky
	pozitivní krok
	osobní přínos pro uživatele

Jisté **obavy** tak vyjádřili (R2 24-28): „...jakoby to, co všechno měli uživatelé zvládat, tak jsme tomu moc nevěřili, že to dáme nebo že oni to dají samozřejmě. Takže to bylo takový zoufalý no, že jsme vůbec nevěděli, co s tím budeme dělat a jak se k tomu máme postavit, protože jsme nevěděli, co po nich můžeme chtít, co dokážou, co nedokážou, nevím. Bylo to hrozný.“ Od respondentky č. 4 (R4 26-33): jsme se dozvěděli: „... *obava, že to ten klient nezvládne. Že to není možné, protože doted' my jsme mysleli za něho, pracovali jsme za něho, přepečovávali jsme je a najednou po nás se chtělo, abychom je vedli k úplné samostatnosti, aby ten klient vlastně pracoval úplně sám. Takže taková ta nedůvěra, strach, obava, že to nezvládne, že to nepůjde, ale postupem času, jak prostě jsem poznávala, že ten klient, když dostane tu volnost, tak zvládne daleko víc věcí, než my od něho jsme očekávali.*“ Pracovnice se shodují, že jejich první dojmy z transformace byly plné **obav** a **předsudků**. (R1 36): „*No první jsem si myslela, že to nezvládnou. Že to prostě bude takové nějaké fiasko, že to prostě nezvládnou...*“ (R2 39): „... *bylo to takový, že jsme nevěřili, že to půjde no.*“ (R3 42): „... *možná jenom taková obava jako jestli se to zvládne nebo nezvládne...*“

5.1.3 Pozitiva a negativa procesu

V této kategorii se pracovnice nejčastěji shodovaly na pozitivěch, jako je žádný režim a menší kolektiv pracovníků oproti rozsáhlému počtu pracovníků v domově na jednotlivých odděleních.

Do kategorie byly přiřazeny kódy:

Tabulka 6 Pozitiva a negativa procesu

Kategorie	Kódy
Pozitiva a negativa procesu	nové požadavky na uživatele
	žádný režim
	menší kolektiv pracovníků
	administrativní zátěž
	více času PSS pro uživatele
	klid, žádný hluk
	méně fyzické námahy
	menší počet uživatelů

Pracovnice vyzdvihují jako největší pozitivum procesu transformace výrazný rozdíl v **režimu** u obou zařízení. V chráněném bydlení totiž neexistuje předem nastavený **režim** a řád, tak jako to bývá pravidlem na odděleních domovů pro osoby se zdravotním postižením. (R3 45-49): „... byli zvyklí opravdu na nějaký ten denní režim v domově a tady vlastně, když to řeknu tak úplně nějakým tím způsobem, jakože si vlastně opravdu můžou ráno vstát, kdy chtějí, můžou pojest, kdy chtějí, joo vlastně můžou si jít nakupovat v kteroukoliv dobu, můžou se jít koupat v kteroukoliv dobu, joo jako samý pozitivní věci.“ (R2 61-63): „No pracuje se mi lépe tady. A právě přesně pro tady tohle, že to není takovej ten od rána, ten hodinový režim, ty rituály tady nejsou. Ti uživatelé to nemají nastavený. Není žádný harmonogram, není nic prostě. Podle toho, jak oni chtějí nebo jak se to s nima domluví, na čem se domluvíme.“ (R1 57-59): „... určitě su tady spokojenější, není to takový ten shon nebo jak to bylo v domově prostě, tam je všechno trošku jinak. Takový ten stereotyp, režim a to tady tak jako není. Protože tady to prostě není takhle daný.“

Dále uvádějí jako jedno z pozitiv práce v chráněném bydlení, že je zde **menší kolektiv pracovníků**, jak na směně, tak celkově, jako složení pracovního týmu. Společně i to, že je zde celkově **menší počet uživatelů**. (R4 34-36): „Nyní se dívám na transformaci pozitivně, protože si myslím, že je velice dobré, i pro uživatele žít v menší skupince uživatelů, kdy mají samostatný pokoje, jednu domácnost, jsou více samostatní...“ (R1 71): „Pracuje se mi teď lépe tady z pracovního hlediska. Třeba za kolektiv nás tam bylo hodně...“ (R2 74-79): „Noo je tady užší kolektiv pracovníků, ve kterém se tedy líp pracuje a dá se líp komunikovat mezi sebou. Není daný denní režim s uživateli, takže je prostě, je to lépe rozděleno mezi celým dnem prostě, práce s uživateli. Takže se to dá lépe rozplánovat a není to prostě hodinově daný a dá se uživatelům více věnovat, protože tady není takový počet uživatel. Takže je to tady takový volnější a dá se uživatelům víc věnovat.“ (R3 69-71): „... jsou vlastně věci, který v tym domově jsem ovlivnit nemohla, jakože třeba ten harmonogram, těch víc klientů na jednom oddělení, jo takže vlastně není tam ten individuální prostor...“

Proces transformace samozřejmě s sebou nese mimo pozitiv i jistá **negativa**. Jako jedno z negativních stránek práce v chráněném bydlení pracovníci považují příliš **nadměrnou administrativu**. Čas strávený nad administrativními záležitostmi pak přisují jako čas, který mohli aktivně věnovat potřebám uživatelů. (R2 80-81): „... je tady velkej problém, velká administrativa, kterou teda musíme denodenně dělat tadyk, no. To je takový, asi je to na úkor uživatel no.“ (R4 91): „Určitě mě hodně překáží ta administrativa, zbytečná administrativa...“

5.1.4 Osobní pocity z procesu

V rozhovorech jsme se respondentů ptali na to, jaké byly jejich prvotní pocity z procesu transformace a jaký mají na transformaci pohled nyní. Zda jej vnímají jako proces ukončený, kdy již uživatelé přešli z DZP do chráněného bydlení, anebo zda se jedná o **dlouhodobý proces**, na kterém je potřeba dále pracovat.

Kategorie je nasycena kódy, které jsou uvedeny v tabulce:

Tabulka 7 Osobní pocity z procesu

Kategorie	Kódy
Osobní pocity z procesu	první pocity
	pozitivní přínos
	stále probíhající proces
	uživatelé překvapují
	spokojenost pracovníků

Z rozhovorů vyplynulo, jak již bylo výše uvedeno, že pracovníci sice měli nejrůznější obavy z přechodu ze zasetého letitého systému práce v domově do zcela něčeho nového a neznámého, respondentka č. 3 (R3 30) uvedla: „*Já jsem se strašně těšila. Opravdu jsem se těšila na ten jiný přístup k těm klientom a prvotní pocity... nebylo to růžový, ale asi za dva dny už to bylo dobrý. Je to obrovský přínos pro všechny a je to asi zatím to nejlepší, co mohly sociální služby vymyslet.*“ Respondentka č. 2 (R2 87) sdělila, že proces transformace je: „*určitě je to dlouhotrvající proces. Já si myslím, že u konce to není ještě.*“ (R4 107-109): „*Myslím si, že není proces transformace u konce. Myslím si, že bude pokračovat a myslím si, že je to jenom dobře, protože ty velký zařízení, kde je spousta klientů a není na ně tolik toho času, protože toho personálu tam je pořád málo, tak je špatně. Pro uživatele je to přínos a určitě i tomu pracovníkovi to dá hodně.*“ Respondentka č. 1 (R1 93-96) odpověděla: „*Nevím, ale podle doslechu si myslím, že u konce není. Že to bude pořád stále pokračovat a že vlastně budou transformovat opravdu skoro všechny, kromě opravdu ležáků. Takže si myslím, že transformace bude jako plošná, větší a že to bude ještě pokračovat nebo aspoň tak si myslím.*“

V rozhovorech jsme se pracovníků doptávali i na to, jak by nyní zhodnotili svůj odchod z DZP a jak jsou i oni **spokojeni**. Respondentka č. 3 (R3 74-77): zhodnotila svůj odchod z domova: „*... asi kladně, určitě pro klienty je to opravdu velký přínos. A pro mě taky rozhodně, můžu se jim věnovat individuálně a mám na všechny ten čas, kterej bych jim mohla věnovat.*“ (R1 81-82): uvedla: „*Zatím jako dobrý krok. Jako nechcu předvídat nebo jak se to řekne, že vždycky něco člověk zakřikne. Zatím dobrý, jsem spokojená.*“ I respondentka č. 2 (R2 71-73): vyjádřila svou míru **spokojenosti**: „*Já to беру jakožto dobrej krok, protože mmm nevím, prostě su tady spokojená, mě tohle vyhovuje. Ted' mi*

*tohle vyhovuje, jak to tady prostě funguje.“ Respondentka č. 4 (R4 40-41): dodala „Myslím si, že to prožívali všichni stejně. Někteřím trvá dýl možná se s tím sžít, že to tak má být, že to je tak správné, kór kolegové starší to dodneška nepochopili, jak se má pracovat...“ Pocity pracovníků jsou různorodé, neboť každý z nich má na transformaci pochopitelně svůj vlastní názor. Respondentka č. 1 (R1 54-57): „Někteří nadávali, někteří vůbec to ne to, jak kteří no. Nebylo to jako že by to bylo úplně joo jupí, juchů .. ne ee. Takže ono to šlo, jak kdyby že se to pomali učili no, aji my jsme se to učili všichni vlastně. Teoreticky jsme nevěděli vůbec do čeho pudem, takže taky to bylo tak, že jsme nevěděli, jak to bude vypadat.“ Z výpovědí respondentů je zřejmé, že pracovníci samotné uživatele mnohdy podceňují a naopak **uživatelé překvapují**. Respondentka č. 4 (R4 82-86): sdělila, že: „... naši uživatelé dokážou věci, které vlastně dřív ani neměli ponětí, že by něco zvládli. Nebo že někam cestují, sami, že jsme je naučili někde cestovat, hromadnou dopravou, vlaky, autobusy a tak, co jsme jich naučili, tak oni vlastně teďka sami cestují za svýma kamarádama, za příbuznýma. Jako to je supr no a zvládají to sami.“*

5.1.5 Spokojenost uživatelů

Pracovnice díky svým letitým zkušenostem a dobrým komunikačním schopnostem mají vyzporovány pocity uživatelů, jelikož s uživateli pracovali již v DZP, nyní pouze mají možnost postupně rozpoznávat, jak se uživatelé v chráněném bydlení adaptují a následně se projevují.

V kategorii jsou obsaženy následující kódy:

Tabulka 8 Spokojenost uživatelů

Kategorie	Kódy
Spokojenost uživatelů	spokojení uživatelé
	dopad na uživatele
	svobodná rozhodnutí
	změna pro uživatele

Z rozhovorů vyplývá, že přechod uživatelů z DZP do chráněného bydlení všem uživatelům jen prospěl. (R3 56-60): „... ano myslím si, že jsou velice spokojení. Když bych jako

mluvila sama za sebe, protože vlastně klienty znám z domova a určitě je to obrovský přínos pro ně. Dokonce, když můžu úplně konkrétně jmenovat, tak podle mě, dva uživatelé se obrovským způsobem adaptovali v chráněném bydlení, že jim to tak strašně prospělo, že jsou takoví usměvavější, spokojenější, aktivnější. Určitě.“ (R4 47-50): „Myslím si, že klienti jsou určitě spokojeni v CHB, nebo alespoň tak vypadají a říkají to. Klient má pocit, že ten pracovník je tu pro něj a má na něho ten čas, aby se mu mohl věnovat.“ (R2 45-48): „Já myslím, že naši klienti určitě jsou spokojení, protože ta volnost, to, že si o sobě hodně rozhodnou, že prostě si rozhodují, co chtějí, co si koupí, co si udělají. Takže to se jim hodně líbí. Myslím si, že jsou spokojení. Já teda nemůžu mluvit za ně, ale myslím si, že jsou spokojení. Hodně je jich tady spokojených a hodně by se jich vrátit teda nechtělo no.“ (R1 62-65): „Takhle jako jsou velice spokojeni, někteří si to dokonce fakt užívají. A myslím, že jsou spokojení, tady těmto klientům to dalo něco navíc.“

6 SHRUTÍ VÝZKUMU A DISKUSE

V následující kapitole budeme odpovídat na hlavní a dílčí výzkumné otázky. Nejdříve zodpovíme dílčí výzkumné otázky, a postupně se dostaneme k hlavní výzkumné otázce.

Hlavní výzkumná otázka zněla: Jak vnímají pracovníci přímé péče přechod z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení? V dílčích výzkumných otázkách jsme se ptali, jak pracovníci přímé péče zvládají jiný systém práce s uživateli v chráněném bydlení. Jaké okolnosti procesu transformace jsou vnímány pozitivně a negativně z pohledu pracovníků přímé péče a jaká pozitiva a negativa s sebou proces transformace přináší.

Jak pracovníci přímé péče zvládají jiný systém práce s uživateli v chráněném bydlení?

Z analýzy získaných informací jsme dospěli k poznatku, že u respondentů převládají pocity, že jednou z hlavních náplní práce v chráněném bydlení je neustálá motivace a podpora uživatelů k co nejvyšší možné samostatnosti ve všech oblastech jejich života. Pracovníci jim dopomáhají při základních činnostech, které ukládá zákon o sociálních službách, jako jsou pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti apod. Tyto zmiňované činnosti jsou dány zákonem ve všech sociálních službách, avšak v chráněném bydlení se pracovníci podílejí na tom, aby se uživatel v co nejvyšší možné míře na těchto činnostech podílel sám. Pracovníci v chráněném bydlení vnímají, že v domově se příliš mnoho věcí vykonávalo za uživatele, někteří tuto skutečnost nazvali jako tzv. „*přepečování uživatelů*“. To však vedlo k tomu, že uživatelé na tento nadstandartní systém péče byli několik let zvyklí a nyní je po nich vyžadována samostatnost, kterou doposud neznali. Z tohoto důvodu pracovníci usuzují, že v chráněném bydlení je sice méně fyzické práce, avšak o to více je zde práce psychické a slovní. Pracovníci se snaží vést uživatele nejen k samostatnosti o svou osobu, ale i o jejich začlenění se v rámci komunity do běžného života společnosti. Jejich hlavní náplní práce není zajistit pouze péči a aktivizaci uživatelů, jako tomu bývá zvykem v domovech, ale snaha a podpora o takový život uživatelů, jako žijeme my všichni.

Jaké okolnosti procesu transformace jsou vnímány pozitivně a negativně z pohledu pracovníků přímé péče?

Nejvýznamnějším faktorem působícím pozitivně z pohledu pracovníků přímé péče v chráněném bydlení je to, že proces transformace sociálních služeb je dlouhodobým procesem, na kterém lze neustále pracovat, řešit jeho nedostatky a zdokonalovat celkové možnosti pro co nejlepší efekt samotného procesu. Transformaci vnímají jako pozitivní pokrok pro celé sociální služby. Jde o přínos nejen pro uživatele s lehčí formou postižení, ale jistě i pro uživatele vyžadující vyšší míru podpory. Mezi další pozitivní okolnosti procesu transformace řadí viditelnou spokojenost uživatelů chráněných bydlení. Spokojenost uživatelů vnímají na základě všímání si zcela nových projevů chování, které se v domově nemuseli vůbec projevat. Z uživatelů vyzařuje celková pozitivní energie, pohoda, vyrovnanost, jsou usměvavější, aktivnější a lze na nich pozorovat, že jim tento styl života maximálně vyhovuje. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že samotní pracovníci byli mile překvapeni, jakým způsobem uživatelé celý přechod z domova do chráněného bydlení zvládli a jak rychle se dokázali adaptovat a zapomenout na systém, který v domově panoval. Mnozí uživatelé díky transformaci mohli rozvíjet své schopnosti a dovednosti, o kterých samotní pracovníci netušili, že je vůbec mají a že jsou pro ně zvládnutelné.

Jaká pozitiva a negativa s sebou proces transformace přináší?

Z analýzy odpovědí vyplynula tato pozitiva. V chráněném bydlení existuje naprosto odlišný systém ve fungování služby jako takové. Jedno z pozitiv, které pracovníci vyzdvihují je chybějící režim a řád. Režim bývá typickým ústavním prvkem v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jelikož není v silách pracovníků při tak velkém počtu uživatelů na jednom oddělení, poskytnout individuální podporu každému uživateli zvlášť. Z tohoto důvodu je absence režimu v chráněném bydlení brána jako velké plus z mnoha důvodů. Uživatelé v chráněném bydlení jsou pány svého času, sami si určují, kdy vstanou z postele, kdy si připraví snídani, v kolik hodin provedou hygienu apod. Nikdo z pracovníků jim neurčuje, že právě v tuto hodinu je snídane, anebo koupel. Tento systém vyhovuje nejen pracovníkům, ale hlavně uživatelům samotným. Dalšími pozitivními prvky chráněného bydlení jsou lišící se počty jak pracovníků ve službě, tak i uživatelů. Oproti zařízení DZP je v chráněném bydlení velmi nízký počet pracovníků i uživatelů. To s sebou

přináší mnoho výhod. Pracovníci mají možnost lépe si předávat informace mezi sebou, menší kolektiv rovná se rychlejší a snazší vzájemná komunikace a předcházení mnohdy zbytečným osobním sporům. Celkový nižší počet uživatelů ve službě má rovněž pozitivní dopad na samotné uživatele. Uživatelé v chráněném bydlení jsou zpravidla mnohem klidnější a vyrovnanější než uživatelé v domově, neboť díky velké koncentraci osob na jednom oddělení často vznikají nejrůznější konflikty, panuje zde mnohem větší hluk a chaos a složení uživatelů na jednom oddělení nemusí být zrovna vhodné.

Současně z analýzy získaných informací vyplynula i jistá negativa procesu transformace. Jedním ze stinných stránek, které respondenti uvedli, je již zmiňovaná psychická náročnost při práci. Pracovníci bývají každý den vystaveni neustálému tlaku při opakování nejrůznějších informací, vysvětlování postupů a především neustálá motivace mnohdy líných uživatelů k činnostem, které jsou nezbytné.

Domníváme se, že transformace je relativně stále nový směr, který se neustále snažíme nějakým způsobem uchopit, z tohoto důvodu pracovníci v chráněném bydlení negativně vnímají nadměrnou, pro ně až zbytečnou administrativu. V každé službě je nutné vykazovat skutečněnou péči uživatelům, avšak má-li se chráněné bydlení co nejvíce podobat běžnému životu lidí bez postižení, je na zvážení, zda by nebylo vhodné od jistých administrativních postupů ustoupit. Respondenti pak čas strávený nad administrativními záležitostmi připisují jako čas, ve kterém se mohli aktivně věnovat potřebám uživatelů.

Jak vnímají pracovníci přímé péče přechod z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení?

Po zodpovězení dílčích výzkumných otázek se dostáváme k vyhodnocení hlavní výzkumné otázky. Z výpovědí všech námi oslovených respondentů vyplývá, že přechod z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení vnímají pracovníci jako dobrý krok, ve kterém vidí smysl a budoucnost. Smysluplnost vidí také v celkovém pohledu na proces transformace a díky svým zkušenostem z DZP zvládají porozumět jeho výhodám, které s sebou proces přináší. Troufáme si říct, že chráněná bydlení jsou velkým přínosem nejen pro uživatele, pracovníky, ale i pro širokou veřejnost, kterou uživatelé mohou svou účastí na komunitním životě jistou formou obohatit.

6.1 Diskuse

Během posledních let, co pracuji v sociálních službách, jsem se snažila registrovat aktuální témata týkajících se sociálních služeb, mezi které proces transformace neodmyslitelně patří. V diplomové práci se zamýšlíme nad otázkou, jak pracovníci přímé péče vnímají proces transformace a jaké vidí hlavní rozdíly při práci v domově pro osoby se zdravotním postižením a při práci s uživateli v chráněném bydlení. Jelikož transformace sociálních služeb je velmi diskutované aktuální téma, Ministerstvo práce a sociálních věcí (2007) uvádí jako předpoklad jejího úspěchu: „*osvětu u veřejnosti i samotných uživatelů, aktivní spolupráce účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě vzdělávání pracovníků sociálních služeb.*“

V úvodní části této kapitoly jsme si shrnuli výsledky námi provedeného výzkumu. Uvědomujeme si, že výsledky našeho výzkumu nejsou zobecnitelné, jsou použitelné pouze pro zařízení, kde byl výzkum realizován. Za přínos naší diplomové práce pokládáme zaměření nejen na změny v náplni práce pracovníků v sociálních službách při procesu transformace, ale také na jejich očekávání, pocity, vnímání sebe a vnímání uživatelů služeb v tomto nelehkém procesu změny.

Diplomová práce přináší pohled na pracovníky v přímé péči jako na osoby, které s velkým osobním zájmem vykonávají své povolání a snaží se tak o nejlepší poskytování služeb pro spokojený život všech uživatelů.

V odborné literatuře jsme nenašli výzkum, který by se týkal přímo práce pracovníků přímé péče v procesu transformace. Existují však kvalitativní výzkumná šetření, která se zabývají pracovníky domovů pro osoby se zdravotním postižením. Podle autorů Skříčkové a Špatenky (2013) uvádíme zkoumání vlivu podpory v rámci procesu transformace pro pracovníky pobytových sociálních služeb. Způsob poskytování této podpory spočíval v poskytnutí přítomnosti zkušeného odborníka (tzv. podporovatele) přímo v zařízení, dále ve vzájemné výměně zkušeností (jako jsou příklady dobré praxe, uskutečněné odborné stáže, formální i neformální setkávání zástupců jednotlivých zařízení, kteří jsou rovněž zapojeni do transformace), vzdělávání zaměřující se na pracovníky v přímé péči, střední i vyšší management organizace, provádění supervizí přímo v zařízení. Respondenti výzkumu z roku 2013 hodnotili uvedené aktivity kladně, převážně pak zmiňovali možnosti setkávání se s kolegy z dalších organizací, při kterých je možné vzájemné předávání si zkušeností, sdílení obdobných problémů a navzájem se podpořit.

Dále pozorujeme přínos diplomové práce ve zmapování a shrnutí názorů oslovených pracovníků přímé péče. Mohli jsme hlouběji proniknout do dané problematiky, kdy nám bylo umožněno vypracovat konkrétní návrhy a doporučení, které mohou poukázat na jisté podněty a nedostatky pro dané sociální služby.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

„V určité chvíli své existence ztratíme vládu nad svým životem, a ten pak podléhá osudu. To je největší lež na světě.“

Paulo Coelho

Jak správně nahlížet na transformaci pobytových sociálních služeb nelze jednoznačně určit. Je však dobré, vnímat transformaci jako obrovský přínos a možnost pro zcela nový život úplně jiných rozměrů pro uživatele s postižením.

Z provedeného výzkumu vyplývají určitá doporučení pro praxi, která si uvedeme v této kapitole.

Pracovníkům v DZP, která procházejí procesem transformace, doporučujeme:

- Co nejvíce se zapojovat do průběhu procesu transformace. Pracovníci by se měli aktivně podílet na veškerém dění v zařízení. Průběžně je seznamovat s veškerými informacemi a činnostmi související s transformací v rámci zařízení. Měli by mít přehled o všech uskutečněných i plánovaných změnách. Zaměstnanci musí být pravidelně seznamováni s jasnou vizí a musí mít průběžné informace o průběhu procesu a případných změnách oproti původnímu plánu.
- Intenzivně komunikovat po celou dobu transformace se všemi účastníky procesu (uživateli, jejich opatrovníky, rodinnými příslušníky, pracovníky v sociálních službách apod.).
- Aktivně se podílet na vzdělávacích aktivitách týkajících se procesu transformace.
- Pravidelně zapojovat uživatele do průběhu procesu transformace a do rozhodování. Uživatel musí být seznámen se všemi informacemi, které se týkají změn při poskytování služby, vždy pro něj srozumitelnou formou (jednoduché vyjadřování, dostatek času na vysvětlení, používání obrázků, piktogramů, fotografií, videa apod.), názorné ukázky v praxi (návštěva lokality, bytu, domu, exkurze do již vzniklých chráněných bydlení apod.).
- Zapojit se do systematického odbourávání ústavních prvků v DZP.

Výše uvedená doporučení mohou být přínosem pro praxi sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, jak v domovech pro osoby se zdravotním postižením, tak v chráněných bydleních. Rovněž mohou být přínosem pro studenty vyšších odborných škol a vysokých škol. V neposlední řadě mohou naše poznatky přispět ke zlepšení kvality života uživatelů v chráněném bydlení.

ZÁVĚR

V současné době se s procesem transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb setkáváme čím dál častěji. Jedná se však o trend, který s sebou přináší spoustu nových názorů a pohledů, se kterými se ne každý může ztotožňovat. Z tohoto důvodu považujeme za důležité, neustále rozšiřovat informace a poskytovat vzdělávání o transformaci nejen pracovníkům v sociálních službách, ale všem pracovníkům a osobám, kterých se tento proces dotýká.

V diplomové práci jsme se zaměřili na proces transformace z pohledu pracovníků přímé péče chráněného bydlení, kteří dříve byli zaměstnáni v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Přesto že, transformace mění hlavně celý dosavadní život samotných uživatelů, pracovníci přímé péče jsou další skupinou, které se tento proces intenzivně dotýká. Uživatelé často žili v ústavním prostředí již od jejich dětství či mládí a po celou dobu jejich života je doprovázeli pracovníci, kteří o ně nepřetržitě pečovali. Díky procesu transformace se mnohým uživatelům však zcela obrátil jejich styl a způsob života. Těmto změnám se tak učí přizpůsobovat nejen oni, ale i pracovníci, kteří je na jejich cestě doprovází. Zajímalo nás, jak tuto změnu pracovníci zvládají a jak ji oni sami vnímají a popisují.

Diplomová práce si klade za cíl na základě vymezení základních pojmů a teoretických poznatků souvisejících s tématem popsat výzkumné šetření, které jsme provedli u pracovníků přímé péče v chráněném bydlení, kteří předtím několik let pracovali jako pracovníci v sociálních službách v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Cílem výzkumu je zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají proces transformace, který spočívá v přechodu z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení. Domníváme se, že hlavní výzkumný cíl i dílčí výzkumné cíle, které jsme si stanovili, se nám podařilo naplnit. Zjistili jsme, že pracovníci se k procesu transformace staví kladně a vnímají jej jako pozitivní přínos nejen pro ně samotné, ale celkově spatřují klady tohoto procesu v rámci celých sociálních služeb. Respondenti uvedli, že proces transformace vnímají jako dlouhodobý proces, který se v jeho průběhu neustále mění a přináší stále nové poznatky a inovace, na kterých mohou všichni společně nadále pracovat. V neposlední řadě se ukázalo, že transformace je samozřejmě největším přínosem pro samotné uživatele a umožňuje jim žít co nejkvalitnější život tak, aby se co nejvíce zapojili do běžného fungování života společnosti.

V teoretické části diplomové práce jsme se zabývali pojmy transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Vymezili jsme si základní definici těchto termínů. Uvedli jsme hlavní specifika a fáze procesu transformace. V dalších kapitolách jsme nastínili problematiku pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Uvedli jsme si specifika osob s mentálním postižením a stručnou charakteristiku jednotlivých stupňů mentálního postižení. V poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali komunitní sociální službou chráněného bydlení a jejím personálním zajištěním.

V praktické části diplomové práce prezentujeme výše uvedený kvalitativní výzkum. Respondenti výzkumu jsou čtyři pracovníci přímé péče chráněného bydlení. Hlavní metodou sběru dat byly polostrukturované rozhovory. Získaná data z uskutečněných rozhovorů byla následně doslovným přepisem transkribována a pomocí otevřeného kódování s využitím metody „vyložení karet“ zpracována a interpretována.

Pracovníkům přechod z domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení přinesl nejen spoustu profesních změn, ale i spoustu možností pro uvědomění si svého osobního rozvoje. Malý počet pracovníků i výrazně menší počet uživatelů ve službě vede ke zkvalitnění individuálního přístupu ke každému uživateli. Uživatelům se v souvislosti s přestěhováním do nové služby rozhodně změnila kvalita jejich života, v pozitivním slova smyslu. Díky těmto změnám mohou obě skupiny vnímat uspokojující pocity, jako jsou svoboda, svoboda při rozhodování, klid a bezpečnější zázemí, nejrůznější možnosti využití volného času a výrazný posun v celkové kvalitě života. Naše práce může přinést jiný pohled na transformaci. Jiný z toho důvodu, protože se domníváme, že v souvislosti s transformací jsou ve většině případů zmiňováni převážně jen uživatelé služeb. To je zcela pochopitelné, avšak nesmíme zapomenout, že proces transformace se týká všech účastníků, kteří se na něm podílejí a pracovníci přímé péče jsou druhou největší skupinou, kterých se tento proces nejvíce dotýká.

Ačkoliv z našeho výzkumu nevzešly žádné nové teorie, věříme, že i navzdory této skutečnosti přinesl náš výzkum nové poznatky, které stojí za pozornost. V praxi mohou být užitečné převážně pro pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky a studenty vyšších odborných a vysokých škol se zaměřením na sociální oblast. V neposlední řadě může naše práce přinést nové poznatky i pro širokou veřejnost, která pak může lépe porozumět životu osob s mentálním postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČÁMSKÝ, P., J. SEMBDNER a D. KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [2] ČERNÁ, Marie a kol., 2008. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [3] ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. Vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.
- [4] HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- [5] CHÁB, Milan, 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: Quip – společnost pro změnu. ISBN 80-239-4772-9.
- [6] JANEČKOVÁ, E., H. ČIBEROVÁ a P. MACH, 2016. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb: řešení základních problémů poskytování sociálních služeb, vzory používaných formulářů, náležitosti smlouvy*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7554-009-6.
- [7] KACZOR, Pavel. *Sociální politika a sociální systém ČR*, 2015. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE. ISBN 978-80-245-2096-4.
- [8] KLIMEŠ, Lumír, 2005. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN pedagogické nakladatelství, a. s. ISBN 80-7235-272-5.
- [9] KOZÁKOVÁ, Zdeňka, 2005. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0991-7.
- [10] KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ, 2003. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: Anag. ISBN 80-7263-168-3.
- [11] KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ, 2013. *Sociální služby*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3692-0.
- [12] LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ, 2012. *Poradenství pro osoby se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3091-1.

- [23] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ a kol., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-2138-5.
- [34] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [45] MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1307-9.
- [56] MATOUŠEK, Oldřich, 1999. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-858-5076-1.
- [67] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-2620-213-4.
- [78] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [89] MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2 vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [22] MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416.026-4.
- [23] MUSIL, Libor, 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
- [24] MUSIL, L., O. HUBÍKOVÁ a K. KUBALČÍKOVÁ, 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná práce z výzkumu*. Praha: VÚPSV.
- [25] NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.

- [26] PIERSON, John a Martin THOMAS, 2010. *Dictionary of social work*. Berkshire, England: Open University Press. ISBN 978-0-33-523881-1.
- [27] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, spol. s. r. o. ISBN 80-866633-40-3.
- [28] POSPÍŠIL, David a Lucie SMUTKOVÁ, 2016. *Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-121-8.
- [29] PRUDKÁ, Šárka, 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-839-0.
- [30] PRŮŠA, Ladislav, 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-255-6.
- [31] RADA, Marek, 2006. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: Praktický průvodce*. Blansko: Hnutí Humanitární pomoci. ISBN 80-239-9547-2.
- [32] SOBEK, Jiří, 2007. *Práva lidí s mentálním postižením: příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Praha: Portus. ISBN 978-80-239-9399-8.
- [33] SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ, 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4.
- [34] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky, metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-858-3460-X.
- [35] ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
- [36] ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7060-7.
- [37] ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- [38] ŠVARŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

- [39] TREVITNICK, P. 2000. *Social Work Skills*. In MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [40] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
- [41] VALENTA, M., J. MICHALÍK a M. LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.
- [42] VÁVROVÁ, Soňa et al., 2009. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb: monografie*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-869-6.
- [43] VÍTOVÁ, Marcela, 2011. *Jsem klíčový pracovník*. In: BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [44] VYMAZALOVÁ, Eliška a Eva ZEMANOVÁ, 2010. *Tréninkové bydlení jako faktor transformace pobytových sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením v kontextu zahraničních zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2664-8.

Internetové zdroje

- [45] JOHNOVÁ, Milena, 2008. Zkušenosti s transformací ústavní péče. [online]. Praha: Quip, Společnost pro změnu. [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000637.pdf>
- [46] MEDLÍKOVÁ, J, 2011. *Aktivizace všedního dne – několik myšlenek k aktivizaci*. [online]. Odborný časopis Sociální služby. [cit. 2020-09-18]. Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca-/aktivizace-vsedniho-dne-nekolik-myslenek-k-aktivizace-1-cast/>.
- [47] MPSV. MANUÁL TRANSFORMACE ÚSTAVŮ. DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-057-0. [online]. [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>

- [48] METODIKA TRANSFORMAČNÍCH PLÁNŮ. [online]. 2009 – 2014 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: <http://www.kr-zlinsky.cz>
- [49] NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Zpráva o procesu podpory transformace v ČR [online]. 2013 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=96657&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_9202&p2>ShowDocInfo_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&acode=155811456
- [50] SKŘIČKOVÁ, Zuzana a Jan ŠPATENKA, 2013. Vliv podpory pro pracovníky pobytových zařízení sociálních služeb v transformaci [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wpcontent/uploads/2016/02/Vliv-podpory.pdf>
- [51] ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. Život v ústavu je hendikep: Transformace ústavní péče. Sociální práce [online]. 2013 [cit. 2020-11-15]. Dostupné z WWW: http://www.socialniprace.cz/soubory/suplement_1-2013-130315113350.pdf%C5%BDivot.
- [52] KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. V jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. MPSV [online]. 2007. [cit.2020-01-29]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47.
- [53] ZPRÁVA O PLNĚNÍ SYSTÉMOVÝCH OPATŘENÍ V OBLASTI „KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. [online]. 2012 [cit. 2021-01-10]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zprava_Koncepce_transformace_2012.pdf

- [54] Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, Ministerstvo práce a sociálních věcí: MPSV.CZ, Sociální práce a sociální služby [online] [cit. 2020-12-16]. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006_2015.pdf , § 32.

Jiné zdroje:

- [55] Časopis Rezidenční péče č. 2/2015, str. 14 – 15. *Kde má vlastně transformace svou duši?* Praha: MARCOM, s. r. o. ISSN 1801-8718.
- [56] Časopis Rezidenční péče č. 3/2018, str. 2. *Transformace pokračuje. Deinstitutionalizace žije aneb znaky a vodítka deinstitutionalizace služeb poskytovaných v komunitě.* Praha: MARCOM, s. r. o. ISSN 1801-8718.
- [57] Časopis Sociální práce / sociálna práca č. 3/2009. *Různá pojetí sociální práce.* Brno: ASVSP, 2009.
- [58] Časopis Sociální služby č. 10/2012, str. 20. VOJÍŘOVÁ, Dita. *Aktivizace - proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti.* ISSN 1803-7348.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Apod.	A podobně.
ČR	Česká republika.
DZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením.
CHB	Chráněné bydlení.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
Např.	Například.
PSS	Pracovník v sociálních službách.
R	Respondent.
S.	Strana.
Sb.	Sbírka zákonů.
Tzv.	Takzvaně.
WHO	Světová zdravotnická organizace.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma kategorií (vlastní tvorba)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vývoj pojmu člověk s mentálním postižením

Tabulka 2 Základní údaje o respondentech

Tabulka 3 Časový harmonogram výzkumu

Tabulka 4 Posun k samostatnosti

Tabulka 5 Očekávání a střet s realitou

Tabulka 6 Pozitiva a negativa procesu

Tabulka 7 Osobní pocity z procesu

Tabulka 8 Spokojenost uživatelů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Okruhy otázek do rozhovorů

PŘÍLOHA P I: OKRUHY OTÁZEK DO ROZHOVORŮ

- Jaký byl obsah Vaší práce v domově pro osoby se zdravotním postižením?
- Co je náplní Vaší práce v chráněném bydlení?
- V čem vidíte největší rozdíl při práci v DZP a při práci v CHB?
- Jakým způsobem se transformace promítla do Vaší práce?
- Jak dlouho tento proces probíhal?
- Jak jste transformaci prožívala? Jaké byly Vaše prvotní pocity?
- Jak se na transformaci díváte nyní?
- Jak transformaci prožívali Vaši kolegové?
- Koho se tento proces podle Vás dotkl nejvíce?
- Jsou klienti spokojeni v chráněném bydlení?
- Jakým způsobem probíhal přechod z DZP do CHB?
- Kde se Vám pracovalo lépe a proč?
- Jak Vás uspokojovala práce v DZP?
- Jak nyní hodnotíte svůj odchod z DZP?
- Co nejvíce oceňujete na chráněném bydlení?
- Co Vám naopak na chráněném bydlení překáží?
- Co Vás nejvíce překvapilo na chráněném bydlení?
- Myslíte si, že je proces transformace již u konce?