

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

**ZMĚNY V KVALITĚ ŽIVOTA PO PŘECHODU Z DOMOVA PRO
OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM DO CHRÁNĚNÉHO
BYDLENÍ V RÁMCI TRANSFORMACE DOZP STOD**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Markéta Mynaříková

Sociální politika a sociální práce, obor Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 31. březen 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. Za odborné vedení mé práce, pomoc, ochotu a vstřícnost. Dále všem účastníkům výzkumu za spolupráci a mé rodině za psychickou podporu.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINAL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE.

OBSAH

ÚVOD	3
1 INSTITUTE A INSTITUCIONALIZACE	5
2 TRANSFORMACE.....	7
2.1 CÍLE TRANSFORMACE	7
2.2 HISTORIE TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE	9
2.3 FINANCOVÁNÍ TRANSFORMACE	11
2.4 PŘEKÁŽKY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	11
3 DEINSTITUCIONALIZACE	13
4 PLÁNOVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA	15
4.1 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	16
5 KVALITA ŽIVOTA	20
5.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA.....	23
5.1.1 Rodina.....	23
5.1.2 Sociální skupiny.....	25
5.1.3 Práce a profesní rozvoj	26
5.1.4 Zdraví.....	26
5.1.5 Volný čas	27
5.2 RŮZNÉ PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA	27
5.3 MODEL Y A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	30
6 TRANSFORMACE DOZP STOD	32
6.1 PROJEKT SROP	33
6.2 PROJEKT ROP.....	34
6.3 PROJEKT IOP	34
7 KVALITATIVNÍ VÝZKUM	36
7.1 CÍL VÝZKUMU.....	37
7.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
7.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	37
7.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝ METOD.....	38
7.4.1 Případové studie.....	38
7.4.2 Analýza dokumentů a dat	46

7.4.3 Polostrukturované rozhovory.....	47
7.5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	48
7.5.1 Analýza dokumentů a dat	48
7.5.2 Polostrukturované rozhovory.....	49
7.6 SHRUTÍ VÝZKUMU	63
ZÁVĚR.....	66
RESUMÉ.....	67
SUMMARY	68
SEZNAM LITERATURY	69
SEZNAM PRAMENŮ	72
SEZNAM TABULEK	74
SEZNAM OBRÁZKŮ	75
PŘÍLOHY	I

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si vybrala problematiku změn v kvalitě života osob s mentálním postižením po 3 letech od přechodu ze služby Domov pro osoby se zdravotním postižením do služby Chráněné bydlení. Jak jsem již uvedla ve své bakalářské práci, mám dnes již osmnáctiletou sestru s Downovým syndromem a tak je mi problematika osob s mentálním postižením velmi blízká. O tuto problematiku a osoby s mentálním postižením se zajímám již od dětství. V současné době z pozice sourozence přemýšlím nad tím, zda má sestra někdy bude schopna sama bydlet na chráněném bydlení stejně jako uživatelé v DOZP Stod. Jsem si vědoma toho, že kvalita života osoby s mentálním postižením vyrůstající v rodině se nedá moc srovnávat s osobou s mentálním postižením, která celý život žije v ústavu a není jí věnována taková láska, čas a péče. Proto mě zajímalo, jak takový přechod z ústavu do chráněného bydlení může ovlivnit život a jeho kvalitu.

DOZP jsem si vybrala proto, že sem již několik let pravidelně jezdím na návštěvy za uživateli, vypomáhám jako dobrovolník při různých akcích, byla jsem zde několikrát na praxi v rámci studia na střední i vysoké škole a před 2 lety o něm a jeho uživateli napsala Bakalářskou práci. Uživatele znám a mám k nim velmi blízko stejně jako k celému zařízení.

V DOZP Stod právě probíhá II. etapa transformace sociálních služeb. V I. etapě se uživatelé, které uvádím ve svém výzkumu, před 3 lety přestěhovali do chráněného bydlení v centru města Stod. Myslím si, že celý proces transformace a následné přestěhování je pro ně naděje na lepší budoucnost. Já osobně celé transformaci velmi fandím a myslím si, že se jedná o veliký krok k lepšímu životu

Teoretická část pojednává o instituci a institucionalizaci, transformaci (cíle, historie transformace sociálních služeb v České republice, financování, překážky), deinstitucionalizaci, plánováním zaměřeném na člověka (individuální plánování), kvalitě života (faktory ovlivňující kvalitu života, přístupy, modely a měření kvality života) a transformaci v DOZP Stod. Cílem teoretické části je seznámit čtenáře s problematikou transformace sociálních služeb a se změnami v kvalitě života uživatelů, které jim přinesl přesun do služby Chráněné bydlení.

Praktická část je zaměřena na výzkum, který jsem prováděla v DOZP Stod, v chráněných bytech v Holýšově a Stodě, a v Sociálně terapeutickém centru Stod. Cílem výzkumu je zjistit, jaké změny v kvalitě života uživatelů nastaly po 3 letech po přechodu ze služby DOZP do služby Chráněné bydlení.

Cílem celé mé diplomové práce je popsat změny v kvalitě života uživatelů, ke kterým došlo po 3 letech od opuštění ústavu jako takového a započatí života na chráněném bydlení. V současné době se po nastartování procesu transformace ze strany veřejnosti objevují mnohdy názory, že si lidé nepřejí, aby v jejich sousedství žily osoby s mentálním postižením. Že si nepřejí, aby se na ně jejich děti musely dívat, že něco špatného jejich dětem udělají. Nikdo z nich si však neuvědomuje, že stačí sekunda, může se stát někomu z jejich blízkých úraz a mohou začít trpět stejným typem postižení, jako lidé, o kterých nic neví a přesto je z nedostatku informací a strachu odsuzují. Nikdo z nás není nedoknutelný a nikdy nevíme, kdy se může komukoli z našeho okolí stát něco podobného. Osoby s mentálním postižením jsou stejné jako my a jen proto, že se „něco nepovedlo“ mají žít zavření v ústavech, aby se na ně ostatní nemuseli dívat? I oni mají právo vést kvalitní a spokojený život. Jen potřebují šanci od svého okolí.

Použité zkratky:

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

CHB – chráněné bydlení

ÚSP – Ústav sociální péče

1 INSTITUTE A INSTITUCIONALIZACE

Slovo „institute“ pochází z latinského instituere -> zařizovat nebo zřizovat. Označuje se tak „*udržovaný zákon, zvyklost, praxe a také organizace.*“ (Matoušek, 1999, str. 17) Institucí je označován každý obecně praktikovaný způsob jednání, který slouží pro reálnou nebo fiktivní potřebu. V dnešní podobě je tento pojem používán ve významu formálního uspořádání sociálních vztahů (Matoušek, 2008). Naproti tomu Sociologický slovník (Jandourek, 2007) definuje instituci jako „*Souhrn vzorců jednání a vztahů předávaný ve společnosti.*“ Dále zde nabízí několik pojetí, jak lze pojem institute chápat: označení různých typů skupin, souhrn morálních zvyklostí, společenské rituály a kulturní činnosti. K instituci se vyjadřuje také Cháb (2004), který chápe instituci jako problém moci – „*Jsmeli částí nějaké institute, máme moc nad těmi, kteří jsou v její hierarchii pod námi.*“

Matoušek ve svém Slovníku sociální práce (2008) zmiňuje pojem institucionalizace, jeho problematiku a tento jev označuje za „*soubor negativních vlivů působících na osoby dlouhodobě pobývajících v uzavřených ústavních institucích, k nimž v širokém smyslu patří i kasárna a věznice. Institute tohoto druhu omezují člověka prostorově, omezují jeho soukromí, příležitosti ke kontaktu s rodinou a s jinými lidmi, omezují možnosti svobodné volby, mají zásadní vliv na jeho myšlení i chování. Dlouhodobý pobyt v ústavní instituci snižuje způsobilost člověka k životu mimo ni. Typický následek je označován jako syndrom ústavní závislosti.*“ Podobně na definování tohoto pojmu nahlíží i Vávrová (2010). Ta označuje institucionalizaci za proces, při kterém se hodnoty, sociální role jedinců, hodnoty a způsob chování stávají spojené s organizací, systémem nebo společenstvím. Dále uvádí, že jako synonymum k pojmu institucionalizace je používán pojem hospitalizmus. Hospitalizmus považuje Matoušek (1999) za největší riziko ústavní péče tzn. za největší riziko dlouhodobého pobytu v ústavu. Hospitalizmus je zde vymezován jako stav, při kterém se jedinec dobře adaptuje na umělé ústavní podmínky, ale zároveň se u něj snižuje schopnost adaptace na neústavní – civilní život. Uživatel má v zařízení vše, co potřebuje k životu – teplo, stravu, zázemí, někdo jiný se stará o jeho finance, pere mu, uklízí, organizuje práci a jeho volný čas, obstarává mu věci, které potřebuje k životu. Na druhou stranu se stýká pouze s omezeným počtem osob, které tvoří jedinci většinou se stejným nebo obdobným typem postižením a s týmem profesionálů, kteří ho mají na starosti a tím, že je mu vše zajištěno, po čase začíná mít problémy se samostatností. Mynaříková (2012) ve své Bakalářské práci uvádí v přepisu z rozhovoru

s asistentkami výcvikového chráněného bydlení a chráněného bydlení odpovědi na otázku týkající se přechodu z ústavu do chráněného bydlení: „*U některých je silně zakořeněné takovéto zvyky ústavní, v uvozovkách, to znamená, že jsou poznamenaní systémem. Třeba posedávání na chodbě. Lidi, když takhle bydlí v nějakém tom domě, neposedávají a jsou spíš ve svém bytě anebo jdou ven. Takový zvyk, že uživatel přijde, že se vysprchoval. Spíše to vidím tak, že v nich ten ústav pořád přetrvává a spíš u těch lidí starších. Zase není divu, když 40 let žili v ústavu v nějakém režimu, tak těžko můžeme ze dne na den po nich chtít nějakou změnu.*“

Matoušek dále uvádí následky, které vyplývají z redukce nároků a omezení podnětů pro uživatele. Jedná se o ztrátu zájmu o lidi a svět, zhoršující se schopnost komunikovat, návrat do ranějších vývojových stádií, náhradní uspokojení ve formě jídla, nepřiměřeně dlouhý spánek, apod. K hospitalismu se váží i další faktory jako nepřítomnost opačného pohlaví, ztráta soukromí, šikana a ponorková nemoc. „*Z praxe víme, že institucionalizovaní lidé, v důsledku dlouhodobého pobývání v ústavním zařízení, zapomínají žít běžným způsobem života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích. A pokud jsou bez předchozí přípravy, navrácení do přirozeného sociálního prostředí sídelní komunity, nemusí novou životní situaci zvládnout. Institucionalizovaní lidé bývají často ze života vně totální instituce traumatizováni, neboť jim schází dosavadní řád a přesná pravidla.*“ (Vávrová, 2010, str. 69 – 70)

Ráda bych v této kapitole zmínila ještě jeden faktor a to ten, že institucionalizaci můžeme považovat za hlavní překážku při dekarceraci. Dekarcerace je hromadné opuštění ústavních zařízení. „*U lidí dlouhodobě žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb je třeba při transformaci pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb, které budou poskytovány v přirozené komunitě, počítat se syndromem institucionalizace (hospitalismu).*“ (Vávrová, 2010, str. 70)

2 TRANSFORMACE

„ *Pojem transformace sociálních služeb v ČR představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jinak řečeno, jedná se o přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnávání, atd.).*“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 12 – 13) Lze tedy říci, že je proces transformace jak procesem změny myšlení, tak i změnou v poskytování sociálních služeb, který směřuje k návratu osob se zdravotním postižením do přirozeného prostředí. V tomto přirozeném prostředí budou osobám se zdravotním postižením poskytovány sociální služby v závislosti na stupni jejich postižení a jejich individuálních potřebách. S podporou a pomocí pak mohou vzít svůj život do vlastních rukou, být za něj zodpovědní, chodit do zaměstnání, mít zájmy a stýkat se s lidmi ze svého okolí. Právě v těchto aspektech je osoba se zdravotním postižením žijící ve velkokapacitním zařízení často omezována. Johnová (2008) ve svém článku dále uvádí, že transformace je soubor hlubokých změn, které vycházejí ze změn úkolu ústavů. Místo toho, aby byly osoby umísťovány do speciálních zařízení, jedná se o poskytování služeb v běžném prostředí.

2.1 CÍLE TRANSFORMACE

Jak uvádějí Sokol a Trefilová ve své publikaci Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních (2008), cílem transformace ústavní péče pro osoby se zdravotním postižením „ *je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňující život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.*“ Za cíle se rozumí změna dotační politiky a humanizace. Při změně dotační politiky dochází k odklonu finančních zdrojů na výstavbu ústavů sociální péče k podpoře financování rozvoje terénních a ambulantních služeb. Při humanizaci dochází ke změně v zaměření na uživatele jako individualitu, kdy je však důležité odlišovat pojmy péče a podpora (péče může zvýšit závislost uživatele na personálu, kdežto podpora vede uživatele k využití vlastního potenciálu).

Sokol a Trefilová (2008) uvádějí tyto kroky, ze kterých se skládá proces humanizace:

- přehodnocení osobní situace každého jednotlivého uživatele za pomoci individuálního plánování zaměřeného na člověka
- prověření diagnóz a medikace – zahrnuje neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, pedagogickou a sociální diagnostiku, dále pak stanovení úrovně psychomotorického vývoje
- vytvoření plánů péče a podpory, které mají odrážet představy každého z uživatelů o vlastním životě a dále pak individuální potřeby uživatele
- samostatné bydlení

Naproti tomu dle dokumentu Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociálních služeb vydaným dne 25. 10. 2011, jsou hlavními cíli transformace sociálních služeb snižování kapacit a humanizace objektů, ve kterých uživatelé žijí. Dále pak opuštění těchto objektů pokud nevyhovují potřebám uživatelů (historické budovy, kláštery, zámky) a v neposlední řadě vytvoření sítě sociálních služeb v běžné komunitě v rámci střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb kraje, která umožní co nejvíce individualizovaný život uživatele. [1]

Dle Koncepce podpory transformace [2] k těmto bodům náleží ještě „*revize naplňování lidských a občanských práv uživatelů, zejména ve vztahu ke způsobilosti k právním úkonům a ve vztahu k opatrovnictví.*“ Tento bod byl vytvořen v závislosti na skutečnosti, že v České Republice je poměrně běžné omezování občanských práv osob s mentálním postižením, kteří užívají pobytových služeb. V těchto případech dochází ke zbavování způsobilosti k právním úkonům soudy a následně pak bývají opatrovníky ustanovena zařízení, ve kterých daný uživatel bydlí a užívá jejich služeb.

Lze tedy říci, že cílem transformace je zkvalitnění života osob se zdravotním postižením a umožnit jim běžný život, který je srovnatelný s životem jejich vrstevníků a životem osob ve společnosti. Kořínková (2008) ve svém článku uvádí, že „*v procesu transformace hraje významnou roli motivace ústavů (jejich vedení, pracovních týmů, zřizovatelů) a samotných uživatelů (případně jejich rodin, opatrovníků).*“

2.2 HISTORIE TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

Transformace sociálních služeb započala po roce 1989 jako reakce na celospolečenskou dění a postupným vznikem nestátních neziskových organizací. Do té doby zde panoval velice tvrdý a striktní institucionální model poskytování sociálních služeb. Na uživatele sociálních služeb bylo nahlíženo jako na svěřence, o které je potřeba celoživotně pečovat a působit prostřednictvím různých programů. V začátcích transformace sociálních služeb hrála velikou roli aplikace principů ochrany lidských práv a tvorba standardů kvality sociálních služeb. Avšak ještě několik let po startu transformace v některých zařízeních bylo více dbáno na potřeby a zájmy zaměstnanců než na potřeby uživatelů. Velice často za uživatele rozhodovaly instituce a stále tak nedocházelo k podpoře žití osob se zdravotním postižením v přirozeném prostředí. (Čámský, Semdner, Krutilová, 2011, strana 10 – 12) Mezi první průkopníky v cestě za transformací patřil Ústav sociální péče Horní Poustevna. Její tehdejší ředitel Milan Cháb byl názoru, že instituce je problémem moci, a tak je podstatou transformace moci se vzdát.

Další průkopníkem, kterého musím zmínit je Moravskoslezský kraj. Ten již v roce 2003 začal podnikat kroky v oblasti transformace pobytových služeb a zpracovávat podklady, jejichž výstupem byl dokument Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. Tento dokument byl zastupitelstvem schválen v roce 2004. V postupujícím procesu transformace Moravskoslezský kraj schválil v roce 2008 strategický materiál Koncepce kvality sociálních služeb, který měl za následek zásadní změnu v oblasti poskytování sociálních služeb v tomto kraji. „*Moravskoslezský kraj byl prvním krajem, který se rozhodl pro změnu v oblasti poskytování pobytových služeb, kdy transformace byla a je součástí všech strategických materiálů tohoto kraje.*“ (Filippová, Konopíková, Mynaříková, 2013)

Velkou změnu v oblasti poskytování sociálních služeb přineslo schválení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. a vytvoření standardů kvality sociálních služeb. Právě tyto dokumenty daly sociálním službám formu, řád a staly se tak prvním nástrojem ke změně dosavadního způsobu poskytování sociálních služeb.

Dne 21. 2. 2007 byl usnesením vlády České republiky č. 127 přijat dokument Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních

služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Dle této koncepce bude transformace sociálních služeb probíhat dle přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb v období několika desítek let. Avšak podpora transformace a čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie bude probíhat pouze od roku 2007 – 2013. Na konci tohoto časového intervalu bude celý proces podpory transformace vyhodnocen a dále pak dle výsledků bude vypracována koncepce na další období. [2]

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, byla v roce 2009 uvedena do praxe projektem Podpora transformace sociálních služeb. Tento projekt je financován z Evropského sociálního fondu a z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. V rámci tohoto projektu v jednotlivých krajích ČR vznikly tzv. Regionální transformační týmy (zodpovědné za proces transformace v regionu) a Multidisciplinární transformační týmy (zodpovědné za proces transformace vybraného zařízení, ve kterém působí). Dále pak v návaznosti na tento projekt byl v roce 2010 založen resortní tým MPSV, který se zabývá problematikou transformace a deinstitucionalizace napříč odbory a oblastmi sociálních věcí. Cílem projektu Podpora transformace sociálních služeb je podpoření osob se zdravotním postižením při přechodu z velkokapacitních zařízení do bydlení v běžném prostředí.

Do roku 2010 bylo zpracováno šest transformačních plánů vybraných zařízení, kterými jsou: DOZP Stod, ÚSP Jinošov, ÚSP Lobendava, DOZP Slatiňany, ÚSP Marianum a DOZP Hlíňany.

V listopadu roku 2010 byla na základě veřejné zakázky MPSV ČR zahájena činnost Národního centra podpory transformace. Hlavní činností tohoto centra je koordinace procesu transformace ve 32 pobytových zařízeních po celé ČR (současný počet zařízení mimo zařízení v Praze) a následné vytváření metodických postupů, nástrojů a analýz pro úspěšné provedení změn v ústavní péči. Dále pak zajištění vzdělávání pracovníků zařízení, ale i těch osob, které organizují procesy změn na úrovni kraje.[3]

Na činnosti Národního centra je zapojena celá řada odborníků, kteří jsou zaměřeni na transformaci sociálních služeb. Personální oblast centra zajišťuje společnost 3P Consulting a dále se podílejí sdružení jako Hestia, Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR a Quip – Společnost pro změnu a společnost Akademie produktivity a inovací.

Posledním významným mezníkem procesu transformace je individuální projekt Ministerstva práce a sociálních věcí tzv. „Transformace sociálních služeb“. Tento projekt odstartoval v lednu 2013. Cílem je posilování kompetencí osob se zdravotním postižením, které žijí v ústavech a ty kdož ho opouštějí. Dále je zaměřen na podporu krajů, obcí, poskytovatelům sociálních služeb a organizacím, které poskytují sociální služby. Projektu se bude účastnit okolo 40 zařízení, která se účastnila již předchozího projektu transformace, nebo chtějí s transformací začít. (Filipková, Konopíková, Mynaříková, 2013)

Do ledna roku 2013 prošlo transformací 32 zařízení, které poskytují pobytové služby a bylo přestěhováno více než 5000 uživatelů.

2.3 FINANCOVÁNÍ TRANSFORMACE

„Transformace přináší zlepšení kvality života lidí s postižením žijících v běžné společnosti oproti životu v ústavu. Tento fakt je nutné zohlednit při porovnávání ekonomických nákladů na život v ústavu a komunitě. Je potřebné sledovat nikoliv prosté náklady, ale efektivitu – co se za ty peníze stane. Důvodem k transformaci nesmí být předpoklad nižších nákladů v přirozeném prostředí.“ (Johnová In Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012) Transformace sociálních služeb v ČR je financována z Integrovaného operačního programu (IOP), který byl zpracován v rámci cílů Kovergence a Konkurence schopnosti pro programovací období 2007 – 2013. Tento program je financován ze státního rozpočtu a z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF).

2.4 PŘEKÁŽKY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Transformace sociálních služeb je proces velice zdlouhavý a skýtá celou řadu překážek. První největší překážkou může být nedostatek finančních prostředků na provedení transformace. Tato překážka se může objevit zejména v začátcích procesu, jelikož se zvyšují náklady na vytváření nových služeb, financování nemovitostí, financování podpůrných programů pro uživatele sociálních služeb (přípravná chráněná bydlení, atd.). Ačkoli se to může jevit jako nemožné, tak výsledek transformace může

přinést v celkovém rozpočtu sociálních služeb úspory. Další překážkou transformace může být odpor proti změně. Tuto překážku můžeme rozdělit na 3 oblasti – odpor proti změně u uživatele a jeho rodiny, odpor proti transformaci u personálu a odpor proti změně u obyvatel domů a obcí, kam budou potencionální zájemci z řad uživatelů přestěhováni. Souhrnně lze říci, že se u obou skupin v prvotní fázi jedná o nedostatečnou informovanost o jiných typech sociálních služeb a s tím související strach ze změny. Uživatel a jeho rodina mají strach ze ztráty stávajících životních jistot. Naopak obyvatelé obcí a domů mají strach ze samotných uživatelů a z toho, co mají od uživatelů očekávat. Mnohdy se objevují názory, že uživatelé nebudou schopni udržovat byty a své okolí v čistotě, že nechtějí, aby uživatelé něco udělali jejich dětem atd. U personálu může být odpor zapříčiněn obavou z toho, že v rámci transformace ubudou pracovní místa a mnozí zaměstnanci tak přijdou o práci. V neposlední řadě se naskýtají otázky ohledně využití stávajících ústavních zařízení a starost o to, aby nechátrala a byla i nadále využívána.

(Sokol, Trefilová, 2008, strana 112 – 113)

3 DEINSTITUCIONALIZACE

Pojem deinstitutionalizace je ve světě používán ve smyslu manažerského procesu, který vede ke změnám systému. Dle dokumentu Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče je deinstitutionalizace „ *proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie a služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne na potřeby formalizované organizace – instituce.*“ Naproti tomu Čámský, Sembdner a Krutilová ve své publikaci (2011) uvádějí, že je deinstitutionalizace přechodem z dominantního poskytování pobytových sociálních služeb na poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí v závislosti na individuální podpoře života osoby. Sociologický slovník pojem deinstitutionalizace vysvětluje jako „*hnutí, které usiluje o snížení závislosti znevýhodněných, tělesně nebo duševně nemocných a postižených na institucích, vytvoření podmínek pro jejich samostatný život mimo ústavy a jiné instituce.*“ (Jandourek, 2007, str. 53)

Asi nejsrozumitelnější, a pro mou diplomovou práci nejlepší, se jeví definice deinstitutionalizace v publikaci Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením (2012). Zde autoři uvádí, že deinstitutionalizace je „ *proces „odústavnění“ – změna institucionálního, ústavního poskytování služeb.*“ Dále pak, že se jedná o „ *proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče na péči komunitní, tedy k proměně péče o osoby se zdravotním postižením tak, aby výsledná struktura a provozování sociálních služeb byly primárně orientovány na potřeby uživatelů sociálních služeb a jejich sociální začlenění a aby uživatelé služeb nebyli vystavováni institucionalizaci.*“

Pojem deinstitutionalizace je tedy nadřazen pojmu transformace. Nahlédneme – li na pojem deinstitutionalizace z pohledu technické stránky věci, tak při deinstitutionalizaci dochází k opuštění od poskytování sociálních služeb ve velkokapacitních zařízeních a umožnění osobě se zdravotním postižením žít co nejběžnějším způsobem života. Z morální stránky věci můžeme říci, že deinstitutionalizace vychází ze standardů kvality sociálních služeb, tzn. že čím je zařízení menší, tím méně dochází k porušování lidských práv a

zároveň dochází k většímu naplňování potřeb a zájmů uživatele. (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012, strana 7)

ENIL (The European Network on Independent Living) – Evropská síť pro nezávislý život ve svém slovníku klíčových definic na nezávislý život uvádí důležitý fakt, že deinstitutionalizace je také o prevenci a předcházení institucionalizace. Deinstitutionalizace má zajistit, aby děti v budoucnu mohly vyrůstat s jejich rodinami, vedle sousedů a přátel v komunitě, na místo toho aby žily oddělené v ústavní péči. Dále uvádí, že k efektivní deinstitutionalizaci dochází tehdy, pokud je osobě žijící v ústavním zařízení dána příležitost, aby se stala plně občanem a převzala kontrolu nad svým životem (je-li to nezbytné, tak s podporou). [4]

V zemích světa začala deinstitutionalizace a poté i transformace pobytových služeb mnohem dříve než v České republice. „*Ve světle lidských práv vyspělé demokratické státy v šedesátých a sedmdesátých letech zpochybnily opodstatněnost ústavní péče. Vlády těchto států s podporou nevládních organizací započaly s realizací procesu deinstitutionalizace – uzavírání ústavů se zaváděním podpůrných sociálních služeb v přirozeném prostředí.*“ (Šiška, 2010). V některých státech Spojených států amerických byly před deseti lety uzavřeny poslední ústavy sociální péče. V Evropě, konkrétně ve Švédsku a Norsku byly ústavy zrušeny úplně (Johnová, 2005).

4 PLÁNOVÁNÍ ZAMĚŘENÉ NA ČLOVĚKA

Počátky práce zaměřené na osobu jsou spojeny s americkým psychologem Carlem Rogersem (1902 – 1987). Carl Rogers pracoval v poradně pro mladistvé s problémovým chováním a právě zde došel k závěrům, že aby mohl co nejvíce pomoci svým klientům, musí porozumět jejich pohledu na svět a pochopit je samotné. Jak uvádí Matoušek (2007) „*Tento typ plánování sociálních služeb má nejdelší tradici v oblasti práce s lidmi s mentálním postižením.*“

Plánování zaměřené na člověka je nástrojem nebo také souborem technik individuálního plánování. Může se zdát, že jsou tyto dva pojmy naprosto stejné, ale není tomu tak. Plánování zaměřené na člověka je pouze pro člověka samotného a může přesahovat nabídky poskytovatelů sociálních služeb, kdy může jít o neplacenou formu pomoci poskytovanou přirozeným prostředím, ve kterém daná osoba žije. Pörtner (2009) ve své publikaci uvádí, že pokud chceme pracovat se zaměřením na osobu, tak nesmíme vycházet z představ ideálu o tom, jací by lidé měli být, ale z toho, jakými možnostmi oplývají. Individuální plánování je proces, který je realizován v organizaci nebo zařízení v závislosti na možnostech a standardech, které jsou zde uživateli poskytovány. Jak uvádí Johnová v publikaci Národního centra podpory transformace (2012), plánování zaměřené na člověka není specifickou metodou, ale principy, kdy je ústřední postavou člověk, diagnóza je na 2. místě, je nutno používat přirozený jazyk než odbornou terminologii, posiluje se aktivita a s tím spojená účast osoby s postižením a jeho blízkých a v neposlední řadě jsou definovány žádoucí změny v životě a to, co má zůstat zachováno a nezměněno. Plánování zaměřené na osobu má 3 složky. 1. složka empatie se týká vcítění se nebo porozumění prožívání a pocitů druhého člověka, tak abychom byli jím samým, ale zároveň nikdy nezapomínali na to, že já jsem já a ne on. 2. složka úcta k osobnosti neboli přijetí a akceptování člověka bez hodnocení a s tím, jaký je. 3. Složka Kongruence, opravdovost znamená, že člověku vycházíme vstříc bez profesionální masky.

Johnová (2012) uvádí 5 fází plánování zaměřené na člověka:

- zkoumání situace – životní příběh člověka, co a kdo je pro člověka důležitý
- plánování podpory – co by chtěl ze všeho nejdříve, rizika vyplývající z naplňování těchto potřeb, zdroje, metody a kroky ke splnění potřeb a cílů, termín splnění
- realizace plánu – poskytování podpory při naplňování cílů a potřeb

- vyhodnocení – srovnání toho, co se člověku povedlo, co ne, co se naučil a co pro příště změnit
- konec podpory

Cíle, které si při plánování s uživatelem sestavujeme, musí být vždy specifické, měřitelné, akceptovatelné, realistické a sledovatelné. Zároveň musí vycházet z možností a schopností uživatele a z jeho potřeb. Nelze si ze začátku určit veliké cíle, které by uživatel nebyl schopen zvládnout, protože se může stát, že z nesplnění bude zklamán, odrazen a nebude chtít znovu plánovat a naplňovat cíle a své potřeby.

V následující podkapitole bych se ráda věnovala Individuálnímu plánování, které je v podstatě postavené na Práci zaměřené na člověka.

4.1 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

„Individuální plánování je v mnohých organizacích „strašákem“ dodnes, a to zejména individuální plán samotný.“ (Hauke, 2011) Individuální plánování je proces, při kterém se stanovují kroky a prostředky, jimiž lze dosáhnout požadované změny v nepříznivé sociální situaci klienta (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011) Podobně se k definici individuálního plánování vyjadřuje i Manuál transformace ústavů. Ten uvádí článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kdy má být individuální plánování *„nástrojem, který lidem s postižením umožní zvolit si na rovnoprávném základě s ostatními místo pro život a dostat k tomu potřebnou podporu, která mu tam bude poskytována.“*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách udává, že poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni dle §88, písmena f *„plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců,“*. Dále v §2 vymezuje, že *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich*

samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ Tzn. že poskytovatelům ukládá zákon povinnosti, kdy způsob podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, pomoc a podpora musí vycházet pouze ze skutečných potřeb uživatele, pomoc a podpora musí aktivně působit na uživatele služeb, pomoc a podpora musí podporovat rozvoj samostatnosti uživatele, pomoc a podpora musí uživatele motivovat k tomu, aby nadále nesetřával v nepříznivé sociální situaci, podpora a pomoc musí směřovat k sociálnímu začleňování uživatele do společnosti, sociální služba musí být poskytována tak, aby zajišťovala dodržování lidských práv a základních svobod. (Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR, 2011)

Problematika individuálního plánování je také vymezena v dokumentu Standardy kvality sociálních služeb. Standard č. 5 se přímo zabývá tímto tématem. Standard č. 5 požaduje:

- mít vytvořená vnitřní pravidla neboli metodiku individuálního plánování
- v praxi s uživatelem plánovat
- poskytovat služby dle dohodnutých cílů mezi stranami
- společně s uživatelem průběžně vyhodnocovat, jak jsou určené cíle naplňovány
- mít pro individuální plánování určené klíčové pracovníky
- mít vytvořený systém, který je funkční a efektivní v předávání potřebných informací mezi pracovníky o průběhu poskytované služby

„Velmi zkráceně lze říci, že individuální plánování služeb začíná jednáním se zájemcem o službu (standard č. 3), následuje sepsání smlouvy o poskytování pečovatelské služby (standard č. 4) a pokračuje poté standardem č. 5, tedy samotným individuálním plánováním, na jehož vrcholu stojí kvalitně vypracovaný individuální plán.“ (Hauke, 2011) Celkově můžeme říci, že individuální plánování nemůžeme vnímat izolovaně, ale naopak v kontextu celého zákona a celé služby.

Hauke (2011) ve své publikaci uvádí cíle individuálního plánování:

- sociální službu poskytovat v co největším zájmu uživatele

- adaptovat ji vůči jeho specifickým podmínkám, schopnostem, možnostem, osobním cílům
- zapojovat uživatele, jak do procesu plánování, tak i do výkonu samotné služby

Při individuálním plánování je nutné nejdříve stanovit míru nezbytné podpory u uživatele tzn. jaké služby a na kolik bude a potřebuje využívat a kteří lidé v životě uživatele hrají důležitou roli. Právě na základě zjištění této skutečnosti lze dále plánovat osobní cíle a aktivity, kterých by uživatel rád dosáhl. Jak uvádí Manuál transformace ústavů „*uživatel služby má v této fázi zásadní roli*“. Dalším důležitým účastníkem mimo uživatele jsou jeho blízcí. Rodina a blízcí zde působí jako nezbytná podpora, pomoc a rádci. Další výhodou je už jen skutečnost, že je daný uživatel součástí nějaké skupiny lidí (rodiny) a společnosti jako takové. V neposlední řadě zastává důležitou roli také klíčový pracovník. „*Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů. Je to tedy zaměstnanec poskytovatele, který má určité kompetence, zastává většinou souběh rolí, nese zodpovědnost za plánování a průběh služby.*“ (Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR, 2011, str. 115) Klíčový pracovník vede dokumentaci o daném uživateli, měl by získat jeho důvěru, zná situaci uživatele a zjišťuje, které osoby ze života uživatele jsou zásadní pro plánování. (Manuál transformace ústavů, 2013)

„Proces vzniku individuálního plánování je důležitější než pouhá existence plánu. To, co se děje nebo neděje při individuálním plánování mezi klientem a pracovníkem, má zásadní vliv na budoucí stav: zda vzniklý individuální plán bude funkční, či zda to bude pouze formální list papíru. Výsledný plán je sice důležitým důkazem, že byl naplněn zákonný požadavek, ale stejně tak zákonné požadavky stanovují, že do procesu plánování musí být zapojen uživatel nebo jeho zákonný zástupce, že cíle plánu jsou skutečně osobními cíli klienta a že jsou při plánování zohledňovány jeho individuální potřeby a schopnosti.“ (Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR, 2011)

Ráda bych se v této kapitole také zaměřila na osobní cíle, které s individuálním plánováním úzce souvisejí. Osobní cíl uživatele sociálních služeb je v podstatě cíl společné práce s poskytovatelem služby. Na konci cíle se nachází naplnění potřeby uživatele. Osobní cíle se skládají ze 3 složek – přání uživatele, potřeby uživatele, možnosti poskytovatele. „*Přání a potřeby uživatele musí odpovídat poslání organizace, cílovým skupinám a dalším vydefinovaným požadavkům, kterými se organizace vymezuje. Dále*

musí naplňovat princip SMART. Proto se v procesu plánování hovoří o hledání cíle společné práce obou zúčastněných stran – ne každé přání uživatele bude organizace naplňovat.“ (Hauke, 2011) Princip SMART je mnemotechnickou pomůckou, která slouží ke stanovení cílů. Aby byl cíl cílem, musí být tento princip naplňován:

- specifický – cíl musí vycházet z potřeb a přání uživatele
- měřitelný – musí být stanovena kritéria, jejichž pomocí lze rozpoznat, zda je cíl naplňován
- akceptovatelný – přijatelný
- reálný – splnitelný za pomoci sociální služby a v rámci věku a možností uživatele
- termínovaný – stanovení, kdy má být cíl naplněn

Cíle rozlišujeme na dlouhodobé a krátkodobé. Mezi dlouhodobé cíle patří obecnější cíle, tzn. jsou pro uživatele stěžejní. Dlouhodobé cíle jsou průběžně naplňovány např. po půl roce nebo po roce. Krátkodobé cíle jsou stanovovány na kratší období, např. 1 měsíce. Vyplynají z aktuální situace uživatele a naplňování služeb poskytovatelem. (Hauke, 2011)

5 KVALITA ŽIVOTA

Člověk se o kvalitu života zajímá už od pradávna. Již v řecké a římské mytologii se setkáváme s řešením tohoto pojmu. Avšak pojmenování jako takové přišlo až ve 20. letech 20. století, kdy byla za kvalitu života považována materiální úroveň dané osoby. Od konce 70. let 20. století už nebyl pojem kvalita života chápán jako „žít lépe“, ale jako „žít jinak“. Kvalita života už nebyla hodnocena pouze na základě ekonomických a životních podmínek člověka, ale na jeho životním stylu a jeho spokojenosti s vlastním životem. V současné době se ve výzkumech kvality života vychází ze subjektivní kvality života:

- celková spokojenost se životem
- spokojenost s dílčími oblastmi života – rodina, bydlení, zaměstnání, apod.
- hledání nejdůležitějších faktorů, které se podílejí na vzniku subjektivního pocitu kvalitního, smysluplného a plnohodnotného života a na hledání vztahů mezi těmito faktory

(Heřmanová, 2012, str. 13, 17)

Pojem kvalita života je velice složitým a těžko definovatelným pojmem. Nelze vystihnout všechny její aspekty pro její mnohovrstevnost. Paulík (2010, str. 129) ve své publikaci uvádí názor Kováče na kvalitu života. *„Její základnu podle něj tvoří skutečnosti jako tělesný a psychický stav, rodinná a ekonomická situace, potřeby a prostředí. Ve střední úrovni je individuální pozice na škále zdraví-nemoc, sociální status, kulturní a vzdělanostní úroveň, jistota a nepřítomnost katastrof. Nejvyšší úroveň tohoto modelu kvality života – meta – úroveň – je dána jevy jako přirozená smrt, sebezvoj, spiritualita, síla a moc lidské dobroty či laskavosti apod.“* Naopak Matoušek v publikaci Slovník sociální práce definuje kvalitu života jako *„Komplexní kritérium používání k hodnocení efektivity sociální péče. Jde tedy o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování.“* Dále stejně jako Heřmanová uvádí, že se kvalita života opírá o širší definici, která zahrnuje zdraví. Také uvádí, že se opírá o sociální postavení, materiální podmínky, vztahy mezi lidmi, přehled denních aktivit a další.

Heřmanová uvádí, že za nejstarší definici můžeme považovat definici zdraví Světové zdravotnické organizace z roku 1948, kdy *„zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní a sociální pohody (well-being)“*.

Objektivní kvalitou života rozumíme tím dosaženou životní úroveň jedince a obyvatelstva a měřitelné životní podmínky. Právě životní podmínky a již získaná určitá životní úroveň ovlivňuje jedince, jeho šance a budoucnost. Mezi životní podmínky patří např. průměrná mzda, možnosti uplatnění na trhu práce, dostupnost služeb, zdravotní péče, vzdělání, bydlení, dopravy, geografická poloha a kvalita přírodního prostředí, ve kterém člověk žije. Životní úroveň se zjišťuje „*jako míra materiálního bohatství nebo chudoby, a to prostřednictvím zavedených kvantitativních ukazatelů, týkajících se buď obyvatelstva jako celku nebo vybraných sociálních skupin nebo vzorku domácností (šetření příjmů, výdajů a spotřeby domácností) nebo i jen jednotlivců (v rámci např. SLDB jde o zjišťování životní úrovně pomocí ukazatelů vybavenosti domácností předměty dlouhodobé spotřeby)*.“ (Heřmanová, 2012, str. 47) Je nutné říci, že se životní podmínky a životní úroveň vzájemně prolínají, doplňují a ovlivňují.

Subjektivně prožívaná kvalita života je obtížněji stanovitelná. Lidé ne vždy chtějí hodnotit svůj život a odpovídat na otázky ohledně něj. Každý z nás očekává od života něco jiného a každý z nás má jiné hodnoty a systém hodnot. Heřmanová (2012, str. 49) uvádí ve své publikaci názor Vávry, že „*hodnoty nelze nijak jednoznačně uchopit, ukázat na ně, popsat je. Vždy se musíme spoléhat na naše omezené poznání založené na dílčích konceptech a metodách zkoumání.*“ Hodnota je kritérium, norma, regulační prvek v činnosti jednotlivců nebo celých skupin. Hodnota se vztahuje k předmětům, cílům a prostředkům k uspokojení potřeb jedince. Hodnotový systém je uspořádání hodnot, který si každý jedinec utváří sám a který je u každého jedince jiný. Hodnoty, které jsou na nejvyšších postech, se do našeho života promítají častěji než hodnoty, které jsou na posledních postech.

Dvořáková (2006, str. 19) ve své publikaci zmiňuje 3 hierarchicky odlišné sféry kvality života dle Engela a Bergsma:

- makro – rovina – kvalita života velkých společenských celků. V tomto pojetí je život chápán jako „*Absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat.*“
- mezorovina – kvalita života v malých sociálních skupinách. Zde se jedná nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale dále i o otázky týkající se sociálního klimatu, mezilidských vztahů, uspokojování základních potřeb člena v dané společenské skupině, existence sociální opory a sdílených hodnot.

- osobní rovina – život jednotlivce. Každý z nás rozdílně hodnotí kvalitu vlastního života – záleží na osobních hodnotách jednotlivce, jako jsou představy, očekávání, přesvědčení apod.

Je nasnadě zmínit i potřeby, které jsou také důležitou součástí života každého jedince. Právě potřeby a jejich uspokojení ovlivňují život jedince a jeho spokojenost s ním.

„Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytku, který člověk pociťuje jako nepříjemný a má proto snahu jej odstranit, tj. danou potřebu uspokojit (nasytit, saturovat).“ (Holeček, Miňhová, 2007, str. 113)

Jak dále Holeček a Miňhová (2007) uvádějí, je potřeba nejsilnějším motivačním činitelem. Potřeby dělíme na :

Nižší tzv. primární, biofyziologické – základní potřeby sloužící k zachování existence jedince. Patří sem potřeba potravy, kyslíku, spánku, odpočinku, bezpečí a ochrany, zachování rodu.

Vyšší tzv. sekundární, psychické – vyvíjejí se na základě nižších potřeb. Jsou závislé na společenském začlenění daného jedince. Ty dále dělíme na:

- poznávací potřeby – vzdělání a touha po informacích
- sociální potřeby – potřeby, které lze uspokojit ve společenských vztazích a interakcí mezi lidmi; sociální kontakt, uznání, akceptace, jistota bezpečí, přátelství, láska, sebezprosažení, identifikace, apod.
- výkonové potřeby – souvisí se sebehodnocením; jsou ovlivněny výchovou v rodině a ve škole (jaké byly kladeny nároky na dítě v dětství); potřeba úspěšného výkonu a vyhnout se neúspěchu.
- estetické potřeby – potřeba krásy, souměrnosti a řádu.
- existenciální potřeby – potřeba uskutečňovat v životě určitý záměr a cíl

A. H. Maslow sestavil tzv. Hierarchii potřeb neboli hierarchicky uspořádaný systém lidských potřeb:

1. potřeba seberealizace - sebenaplnění a uskutečnění potenciálu osobnosti
2. estetické potřeby - souměrnost, řád, krása
3. kognitivní (poznávací) potřeby - poznání, pochopení, zkoumání

4. potřeba sebeúcty – láska, uznání, ocenění a respekt u druhých osob
5. sociální potřeby – někam patřit, být někde začleněn, být přijímán druhými
6. potřeba jistoty a bezpečí – být ochráněn před nebezpečím
7. biofyziologické potřeby – hlad, žízeň, spánek, atd.

Dle Maslowa potřeby vyšší nastupují, pokud jsou dostatečně uspokojeny potřeby nižší. Není – li uspokojena potřeba nižší, tlak se na její uspokojení zvyšuje. (Holeček, Miňhová, 2007)

5.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA

5.1.1 RODINA

Rodina je nejenom významná pro udržení lidstva, ale je také základním stavebním kamenem lidské společnosti. Rodina je první sociální skupinou, s níž se dítě setkává a která mu předurčuje jeho osobní vývoj a jeho vztahy k jiným skupinám lidí. (Matoušek, 2003) „*Rodina jako malá, neformální sociální skupina je manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adopcí vzniklý svazek lidí, kteří žijí ve společné domácnosti.*“ (Holeček, Miňhová, 2007, str. 278) Naopak Matoušek (2008) uvádí 2 pojetí rodiny. Užší neboli tradičnější pojetí rodiny se jedná o skupinu lidí, která je spojena pokrevními pouty nebo právními svazky (sňatek, adopce). V širším pojetí je rodina skupina lidí, která se jako rodina projevuje na základě vzájemné náklonnosti a dobrých vztahů.

Rozeznáváme několik typů rodin (Holeček, Miňhová, 2008, str. 279):

- orientační (výchozí)
- rozmnožovací (nově založená)
- nukleární (dvougenerační – soužití manželů a jejich dětí)
- vícegenerační (soužití s prarodiči)
- prvotní (založená dvěma bezdětnými, svobodnými lidmi)
- druhotná (založená ovdovělými nebo rozvedenými manželi)
- rodičovského typu

- nerodičovského typu
- úplná
- neúplná (vznikla úmrtím nebo rozvodem)
- přirozená (rodičovského typu)
- zájmová (nerodičovského typu)

Dále Holeček a Miňhová uvádějí základní funkce, které rodina plní:

- o biologická a reprodukční – rodina je místo, kde se realizuje legalizovaný pohlavní styk a reprodukční proces.
- o výchovná – navazuje na funkci reprodukční
- o ochrana a poskytování bezpečí – rodina je místem bezpečí a jistoty
- o materiální – zabezpečování a uspokojování materiálních potřeb všech členů rodiny
- o emocionální – potřeba lásky, soucitu, porozumění, atd.

Fisher a Škoda (2009) uvádějí ve své publikaci Dunovského dělení rodin, dle její funkčnosti:

- funkční rodina – zajištěn dobrý vývoj dítěte
- problémová rodina – vyskytují se zde závažnější poruchy funkcí rodiny; rodina je schopna sama tyto problémy řešit
- dysfunkční rodina – vyskytují se zde závažné poruchy funkcí rodiny, které ohrožují rodinu jako celek a nejvíce dítě a jeho příznivý vývoj
- afunkční rodina – poruchy funkcí jsou tak velké, že rodina přestává plnit základní úkol a dítěti škodí a ohrožuje jeho samotnou existenci.

Rodina hraje klíčovou roli v socializaci jedince, odnáší si z ní první vzorec chování a základní formy mezilidského chování. Je první skupinou, ve které se stává členem již při narození. Je místem, kde se jedinec formuje, seberealizuje, jsou uspokojeny jeho fyzické, psychické a sociální potřeby. Někdy se však může stát, že některá z funkcí rodiny není plněna, není naplňován cíl rodiny a vztahy členů v rodině jsou narušené, což má za následek poruchy ve výchově:

- poruchy rodičovské role – rodiče se z různých důvodů nemohou, nejsou schopni nebo nechtějí vykonávat činnosti, které jsou nezbytné pro příznivý vývoj dítěte.

- rodiče se o své dítě nemohou starat – jedná se např. o nepříznivé přírodní podmínky, situace, poruchy ve společnosti, narušení rodinného systému jako celku.
- rodiče se o své dítě starat neumějí či nedovedou – situace, kdy rodiče nejsou schopni zabezpečit dětem uspokojení jejich základních potřeb a přiměřený vývoj z důvodu své vlastní nezralosti a neschopnosti vyrovnat se s mimořádnými situacemi, kdy se rodině např. narodí nemanželské dítě, handicapované dítě, apod. Jedná se o tzv. „Děti dětí“.
- rodiče se o dítě starat nechtějí – rodiče trpí nějakou poruchou osobnosti a neplní tak náležitě své rodičovské povinnosti. Dětem neposkytují potřebnou a dostatečnou péči.
- rodiče se o dítě starají nadměrně a hyperprotektivně – jedná se o nadměrnou péči a zájem o dítě. Toto chování rodičů vede k rozmazlování dítěte a vede k nepřipravenosti dítěte na vlastní život, nerespektování druhých apod. (Fisher, Škoda, 2009, str. 143)

5.1.2 SOCIÁLNÍ SKUPINY

Člověk nežije osamoceně, ale je obklopen ostatními lidmi, kteří vytvářejí společenství, které nazýváme sociálními skupinami. „*Sociální skupina je soubor dvou či více jedinců, kteří mají nějaký společný cíl, ideologii, strukturu, systém norem a sankcí.*“ Sociální skupiny výrazně ovlivňují existenci každého jedince. Skupiny můžeme dělit na velké a malé, primární a sekundární, formální a neformální, členské a referenční. Malé skupiny obsahují 30 – 40 osob, kdy se všichni členové navzájem znají, komunikují face to face a jsou spojeni trvalejšími svazky a vztahy. Ve velkých skupinách jsou členové spojováni společnými názory, zájmy, cíli, původem, pobytem, atd. Primární skupina je charakterizována důvěrnými vztahy, intimní atmosférou, citovými vazbami mezi jejími členy. Typickým příkladem primární skupiny je rodina. Sekundární skupiny jsou tvořeny na základě určitého zájmu, pracovní pozice, činnosti, apod. Příkladem je školní třída, sportovní družstvo. Mezi členy nejsou tak trvalá a silná pouta, jako u primární skupiny. Formální skupinou je např. školní třída, pracovní skupina, atd. Byla vytvořena na základě formálních pravidel se zaměřením na nějaký cíl. V neformální skupině se jedinci cítí mnohem lépe. Ve členské skupině je jedinec faktickým členem. Referenční skupiny ovlivňují chování jedince, i když není jejím členem, tzn. ovlivňuje všechny.

5.1.3 PRÁCE A PROFESNÍ ROZVOJ

Slovník sociální práce (Matoušek, 2008, str. 148) definuje pojem práce, a že je to „*cílevědomá činnost člověka vytvářející užitečné hodnoty k uspokojování vlastních potřeb pracujících, případně potřeb jemu blízkých lidí.*“ Naopak Stručný psychologický slovník (Hartl, 2004) nahlíží na pojem práce, jako na činnost čistě tělesnou nebo duševní, která je zaměřená na výdělek, tvorbu hodnot, stravu a uspokojení. Jandourek ve svém Sociologickém slovníku (2007) nahlíží na tento pojem, jako na fyzickou a duševní činnost, která je vědomá a plánovaná a dochází při ní k uspokojování potřeb. Můžeme tak říci, že je práce činnost, kterou vykonáváme za určitým záměrem tzn. za účelem uspokojení našich potřeb a potřeb našeho okolí. Buchtová (2002) ve své publikaci uvádí, že práce je součástí lidské přirozenosti a že může působit jako droga. „*Tak jako každý normální a zdravý organismus pasivně nečeká na podněty z vnějšího světa, nýbrž je spontánně sebezáchovně aktivní, také normální zdravý člověk má vedle hladu a žízně nutkavou potřebu účelové aktivity spojené s poznáváním, hrou a námahou – potřebu práce.*“ Dvořáková (2006) dodává, že práce v sobě zahrnuje nejenom individuální, ale také sociální prvky a práci s jedinci a objekty. Práci můžeme vnímat v několika rovinách a můžeme ji rozdělit do několika skupin: objektivní a subjektivní, fyzická a duševní, formální a neformální, legální a nelegální, kvalifikovaná a nekvalifikovaná, placená a neplacená.

Profesní rozvoj definuje Mužík ve své habilitační práci jako „*procesy zaměřené na získávání vědomostí, znalostí, dovedností, návyků a postojů, které mohou být požadovány z hlediska budování individuální pracovní kariéry pracovníků a z hlediska dosahování cílů podniku (organizace) a celé společnosti.*“ Dále poukazuje na skutečnost, že je tento pojem často používán nejen v teorii, ale také v praxi, avšak není jednoznačně vymezen a definován.

5.1.4 ZDRAVÍ

Zdraví je jedním z nejdůležitějších aspektů našeho života. Pokud jsme zdraví, můžeme si plnit své sny, pracovat, uspokojovat své potřeby, apod. Pojem zdraví má mnoho vysvětlení a definic. Ráda bych zde uvedla definici dle Sociologického slovníku (Jandourek 2007), kdy je zdraví „*Stav psychického, fyzického a sociálního blaha, vnitřní*

rovnováhy s prostředím.“ Hartl (2004) zase definuje zdraví jako „*stav tělesného, psychického a sociálního blaha včetně schopnosti vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, tedy i pracovního a mezilidského, aniž jsou narušovány fyziologicky důležité funkce.*“ Zdraví se v průběhu vývoje jedince mění, tzn. že zdraví je ovlivňováno kulturou a sociálními podmínkami, ve který jedinec žije. Dále pak ekonomikou a rozvojem lékařství a dalších věd.

U problematiky Zdraví bych ráda ještě zmínila pojem Nemoc. Nemoc je souborem reakcí, kterými organismus reaguje na poruchu mezi ním a okolním prostředím, kdy je narušena rovnováha mezi biologickými a psychologickými faktory. Dále je tento jev ovlivňován fyzikálním a sociálním prostředím. (Hartl, 2004) Nemoc je tak poruchou adaptace jedince na okolní prostředí. (Machová, 2009)

5.1.5 VOLNÝ ČAS

Volným časem se rozumí doba po splnění povinností, kdy si jedinec může svobodně vybrat činnost, dělat dobrovolně něco, co jej baví a má rád, dělat činnosti, které mu přinášejí uspokojení. Jedná se prakticky o opak práce jako takové – něco co musíme nutně udělat, povinnosti, které musíme splnit. Když se řekne volný čas, většina z nás si představí odpočinek, relaxaci, zábavu, koníček, účast na společenské akci a s tím také čas, který máme jen sami pro sebe a na sebe (péče o svůj zevnějšek). Do volného času nepatří činnosti, které zabezpečují existenci člověka (strava, spánek, hygiena, lékařské ošetření), avšak jsou jedinci, kteří si i z těchto činností dokážou udělat svou zálibu. Pávková (1999) ve své publikaci uvádí výňatek z Charty výchovy pro volný čas, kdy „*volný čas představuje jeden z nejdůležitějších zdrojů osobnostního, společenského a ekonomického rozvoje a významně přispívá ke kvalitě života.*“ Dále uvádí, že je volný čas základním lidským právem a podporuje celkové zdraví a pohodu.

5.2 RŮZNÉ PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA

Dvořáková (2006) ve své publikaci nahlíží na kvalitu života v několika směrech a přístupech.

- kvalita života a psychologie
 - s tímto pojmem je často spojována tzv. osobní pohoda neboli „*dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem.*“ (Dvořáková, 2006, str. 21)
 - k dnešnímu pojetí osobní pohody je nejbližší pojem z antické filozofie a psychologie, blaženost – Aristoteles ji prezentuje jako pro člověka nejvyšší dobro, které lze uskutečnit lidským jednáním
 - dále je zde přítomna tělesná pohoda, prožitek blaha, dosažení a prožití úspěchu, přátelství a štěstí
 - struktura osobní pohody má 6 dimenzí:
 - sebezpřijetí – pozitivní postoj k sobě a přijetí sebe
 - pozitivní vztahy s druhými – schopnost empatie, uspokojivé vztahy s druhými lidmi
 - autonomie – sebezurčení a nezávislost
 - zvládání životního prostředí – zvládání každodenních nároků, využití vnější podněty pro vlastní cíle a potřeby
 - smysl života – cíle, dosahování cílů; pocit, že minulý i přítomný život je smysluplný
 - osobní rozvoj – pocit trvalého rozvoje, otevřenost novým věcem, schopnost vidět ve svém chování a já pozitivní změny
 - osobní pohodu ovlivňují např. zdravotní stav, věk, sociálně ekonomický status, zapojení do aktivit spojených s náboženstvím, objektivní ukazatele činnosti a fyzických funkcí, subjektivní posouzení zdraví jako celku
- kvalita života a sociologie
 - termín kvalita života je důležitý v socio-ekonomickém výzkumu
 - kvalita života je v tomto přístupu brána jako abstraktní koncept, u kterého je obtížné vytvořit jednotnou definici
 - „*kvalita života je ovlivněna mnoha komponenty jako např. kultura, vyznání, zdravotní status, příjem, věk, podmínky mobility, uspokojení z práce, mobilita, doprava, atd.*“ (Dvořáková, 2006, str. 23)
 - v 70. letech se teorie kvality života nespojovaly s mottem „žít lépe“, ale „žít jinak“ – Dvořáková u této problematiky uvádí názor Fromma: „*Dnešní průměrný člověk se nad sebou zamýšlí velmi málo. Pamatuje si data, jak je poskytují školy nebo masmedia, nezná však nic, k čemu by dospěl vlastním*

pozorováním a přemýšlením. Neužívá ani věci, jež vyžadují poměrně značné přemýšlení či dovednosti. ... Moderní člověk – včetně vzdělaných vrstev – celkem vzato nepřemýšlí o náboženských, filosofických nebo i politických problémech. Obyčejně přijme za svou tu či onu z mnoha frází, které mu zpřístupňují politické či náboženské publikace, nebo řečníci, nedospívá však k závěrům jako k výsledkům svého aktivního a bystrého myšlení. Volí si klišé, která jsou jeho charakteru a sociální vrstvě nepřitažlivější.“

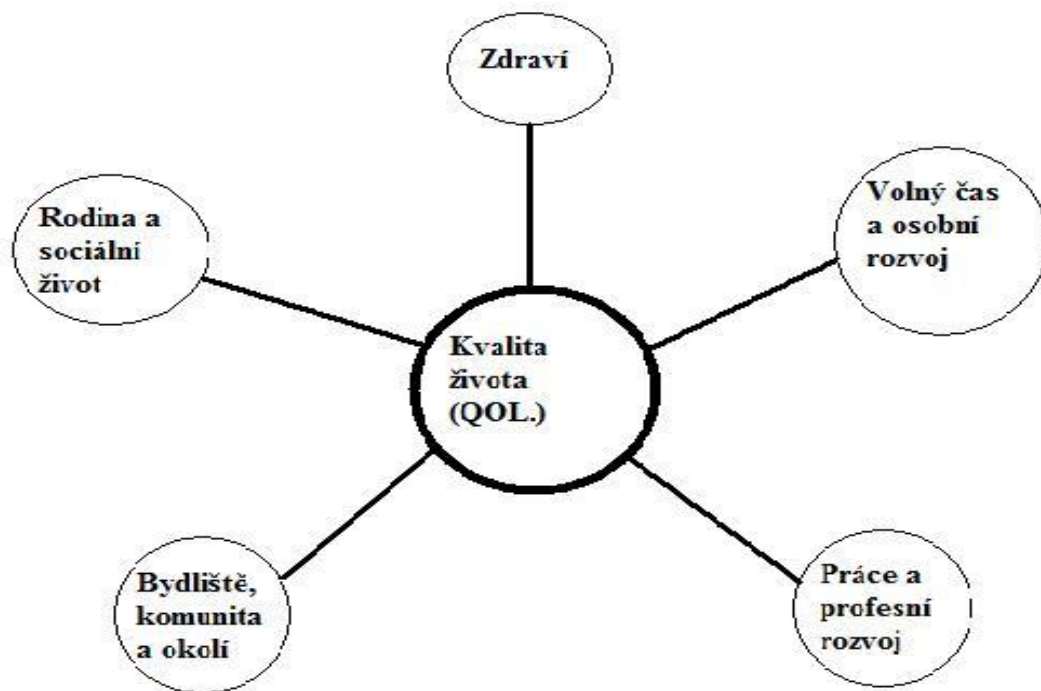
- kvalita života a filozofie
 - v tomto přístupu lze na kvalitu života nahlížet z úhlu náboženského života a filozofické (etické a antropologické) cesty
 - v duchovním životě se jedná především o otázky dobrého či moudrého života v protikladu k životu, který je řízen chytrostí a vychytralostí
 - ve filozofické cestě se jedná o otázky dobrého v protikladu ke špatnému
- kvalita života a náboženství
 - „*O tom, že kvalita života je velmi složitý a jak se zdá pro určité společenské kruhy termín rozporuplný, málo akceptovatelný nebo dokonce nepřijatelný, svědčí i názor určitých skupin v církvi.*“
 - Dvořáková ve své publikaci uvádí ve své publikaci názor biskupa Elia Sgreccia, kdy vnímá kvalitu života jako ekonomickou efektivitu, konzumismus, tělesnou krásu a potěšení, které ale zanedbávají „*meziobní, duchovní a náboženskou – dimenzi lidské existence*“ (Dvořáková, 2006, str. 25)
 - dále pak je kvalita vnímána jako pojem s omezujícím charakterem, kdy naznačuje nutnost selekce osob – tam kde kvalita života nízká, tak život nemá hodnotu, ztrácí tak smysl a nestojí za to ho žít
- kvalita života a zdraví
 - kvalitu života ve vztahu ke zdraví nelze omezit pouze na problematiku zaměřenou na kvalitu života pacientů, ale také na zdraví jako takové, protože jak bylo výše popsáno – zdraví je jedním z faktorů, které ovlivňuje osobní pohodu a tím pádem i kvalitu života člověka
 - pozornost je tak věnována zkoumání v oblastech zdravotní kvality života, podpory zdraví a kvalitě života osob zasažených určitými chorobami

5.3 MODEL Y A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

Přesné a spolehlivě uspokojivé měření kvality života, na kterém by se mohla většina odborníků shodnout, doposud neexistuje. Tento problém je zapříčiněn tím, že kvalita života obsahuje 2 samostatné složky – objektivní a subjektivní. Ráda bych zde uvedla jeden ze zjednodušených modelů kvality života. Jedná se o model Kanadských ozbrojených sil, které se v práci s lidskými zdroji (Strategic Plan for Quality of Life Improvements in the Canadian Forces, 2004) opírají o model kvality života obsahující 5 složek – ty jsou systematicky monitorovány:

- *„ Zdraví,*
- *Volný čas a osobní rozvoj,*
- *Práce a profesní rozvoj,*
- *Bydliště, komunita a okolí,*
- *Rodina a sociální život. “ (Dvořáková, 2006, str. 30)*

V tomto modelu je bráno na vědomí, že existuje velká řada faktorů, které tvoří kvalitu života. [5]



Obr. 1 (Dvořáková, 2006, str. 30)

6 TRANSFORMACE DOZP STOD

Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod je pilotním zařízením, které bylo vybráno pro proces transformace v Plzeňském kraji. Celý proces transformace byl zahájen v roce 2006 projektem Sociální integrace klientů DOZP Stod, který byl podpořen ze Společného regionálního operačního programu, zvaném SRPOP. Tehdy se projektu zúčastnilo 60 klientů v rámci 3 základních aktivit. Jednalo se o „ rozšíření aktivit pracovní rehabilitace, vznik specifického vzdělávacího programu a vznik pracovně – tréninkového centra (kavárna Rychlá myš). “ [6]

Proces transformace dále pokračoval zajištěním realizace projektu Sociálně terapeutického centra DOZP Stod situovaném v centru města Stod. Tento projekt byl podpořen z Regionálního operačního programu NUTS II. Jihozápad, zvaném ROP NUTS II. JZ. Výsledkem tohoto projektu bylo vybudování nového komplexu s chráněnými byty a výstavba pekárny přímo v centru města Stod. Do těchto bytů bylo následně přestěhováno 18 uživatelů z areálu DOZP Stod. V pekárně jsou zaměstnáni jak uživatelé DOZP Stod, tak i jiné osoby se zdravotním postižením žijící v jiném zařízení nebo mimo něj. [6]

Dne 2. listopadu roku 2011 Ministerstvo práce a sociálních věcí schválilo projekt „Transformace DOZP Stod – 1. etapa“. V rámci tohoto projektu dojde ke změnám, kdy se Domov pro osoby se zdravotním postižením bude postupně měnit na zařízení, které bude zaměřeno na poskytování sociálních služeb v prostředí, které je pro uživatele přirozené. Uživatelé tak nebudou žít ve velkokapacitním zařízení, ale v prostředí běžné společnosti. V rozmezí 3 let by se mělo 68 uživatelů přestěhovat do nových domácností v nově vybudovaných nebo zrekonstruovaných bytech a domcích v blízkosti Stoda, tzn. do Dnešic, Holýšova, Stoda a Nýřan. Domácnosti budou koncipované tak, že v každé z nich bude žít maximálně 6 mužů a bude jim ze strany personálu poskytována taková míra podpory a pomoci, kterou vyžaduje jejich stav. [7]

DOZP Stod je nyní v přípravné fázi projektu „Transformace DOZP Stod – II. etapa“.

Cílem procesu transformace v DOZP Stod je:

- „ dosažení pochopení a přijetí transformačního procesu dotčenými osobami (klienti, opatrovníci, zaměstnanci DOZP Stod)

- vznik nových služeb na území vytipovaných měst a obcí (v I. etapě Stod, Nýřany, Holýšov, Dnešice)
- realizace naplánované výstavby na území vytipovaných měst a obcí
- vyhodnocení procesu transformace a životaschopnosti nových služeb“[6]

6.1 PROJEKT SROP

Projekt SROP vznikl v roce 2006 podepsáním smlouvy mezi Plzeňským krajem a DOZP Stod. Jednalo se o projekt rozdělený do 3 částí:

- „ Rozšíření aktivit pracovní rehabilitace – 20 klientů
- Vznik specifického vzdělávacího programu – 30 klientů
- Vznik pracovní-tréninkového centra – 10 klientů“

Pracovní rehabilitace – v areálu DOZP Stod byly upraveny prostory nové keramické dílny. Jednalo se o nákup zatáčecích kruhů, válcovacího stolu a svíčkařských forem. Kapacita pracovní rehabilitace se tak navýšila o 20 uživatelů. Uživatelé byli vybráni za spolupráce speciálního pedagoga, vedoucího výchovy, jednotlivých vychovatelů a pravidelně docházeli do dílen. Pod odborným dohledem pracovali podle svých individuálních plánů podpory. Výrobky pak byly vystaveny v prostorách zařízení a pracovní-tréninkového centra Kavárna Rychlá myš.

Vzdělávací program byl vytvořen za spolupráce s PhDr. Slowíkem, PhD., kdy byly vytipovány vhodné softwarové společnosti, hardware a počítače s tímto příslušenstvím byly umístěny do čajovny a na jednotlivá oddělení DOZP. 30 uživatelů se na nich ve 3 skupinách (dle závažnosti mentálního handicapu) učilo práci s PC. Kurz byl rozdělen na „měkkou a tvrdou část“ V „tvrdé části“ uživatelé dojížděli na výuku do počítačové učebny Centra pro zdravotně postižené Plzeňského kraje. Při „měkké části“ procvičovali a upevňovali již získané vědomosti za pomoci asistenta přímo v prostorách DOZP Stod.

Do pracovní-tréninkového programu na začátku nastoupilo do přípravné fáze 5 uživatelů. Jelikož se na začátku této fáze ukázalo, že u některých klientů bude problém s pravidelnou docházkou z důvodu jejich zdravotních a psychických problémů, nastoupilo do této přípravné fáze rovnou všech 10 uživatelů. Po 2 měsících od startu programu bylo vytipováno 6 uživatelů, se kterými byla následně podepsána dohoda o pracovní činnosti.

Projekt se účastnilo celkem 60 uživatelů. Uživatelé, lektori a všichni účastníci pracovali na základě individuálních plánů podpory uživatelů. Cíle plánované v individuálních plánech podpory byly u většiny uživatelů reálné a naplněné. Tento projekt byl realizován až do dubna 2008. [6]

6.2 PROJEKT ROP

Sociálně terapeutické centrum bylo vystaveno na základě podpory z Regionálního operačního programu NUTS II. Jihozápad a podpory Evropského fondu pro regionální rozvoj. Jedná se o komplex, ve kterém se nachází chráněné byty pro 18 uživatelů, pekárna (sociálně terapeutická dílna) a prodejna. Výstavbou tohoto komplexu se v roce 2011 přestěhovalo 16 uživatelů z DOZP Stod do svých bytů (některé z nich jsou určené i pro párové soužití). Dále pak bylo vytvořeno 20 pracovních míst, kdy je 12 určeno pro osoby se zdravotním postižením. Komplex je určen pro uživatele DOZP Stod a pro uživatele dalších poskytovatelů soc. péče v Plzeňském kraji. „ *Projekt usiluje o co nejintenzivnější zapojení obyvatel chráněného bydlení do místní komunity, v objektu je přítomen kvalifikovaný personál, který poskytuje pouze lehkou pomoc.*“ Cílem projektu tak bylo zkvalitnit služby sociální péče. Dále pak poskytovat sociální služby zaměřené na individuální podporu života osoby v přirozeném prostředí. [6]

6.3 PROJEKT IOP

Projekt „Transformace DOZP Stod“ – I. a II. etapa je podpořen z Evropského fondu pro regionální rozvoj v rámci Integrovaného operačního programu. Projekt je zaměřen na přeměnu DOZP Stod v zařízení, které bude poskytovat sociální služby uživatelům v přirozeném prostředí. Služby už nebudou poskytovány ve velkokapacitním centralizovaném zařízení, ale v malých nově vybudovaných domácnostech a chráněných bytech ve Stodě, Holýšově, Dnešicích a Nýřanech.

I. etapa je zaměřena na přeměnu systému poskytování sociálních služeb, tzn. že sociální služby již nebudou poskytovány ve velkokapacitním zařízení, ale v uživatelově přirozeném prostředí. Tento projekt usiluje o začlenění uživatelů do místní komunity ve

vybrané lokalitě. Dále pak dosáhnout vyšší míry samostatnosti uživatelů a zapojení do pracovního procesu. Uživatelé budou do domácností umístováni na základě jejich míry postižení a vztahů, které mezi sebou mají. V rámci této etapy bude přestěhováno 68 uživatelů. [6]

DOZP Stod se v současné době nachází ve II. etapě transformace. Do tohoto projektu bylo zařazeno dalších 6 nových lokalit v okolí města Stod – Přeštice, Staňkov, Vejprnice, Nýřany, Chotěšov a Tlučná. V této etapě by mělo být přestěhováno 41 uživatelů. [6]

7 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Kvalitativní výzkum je takový výzkum, kdy výsledky nezískáváme numerickým šetřením. (Reichel, 2009) Walker (2013) ve své publikaci uvádí, že „*Kvalitativní výzkum popisuje širokou škálu neexperimentálních přístupů, díky nimž můžeme studovat složité a náročné problémy, jako jsou například lidské pocity a postoje.*“ Surynek dále uvádí, že kvalitativní výzkum má za úkol „*odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních a sociálně psychických jevech, odhalovat jejich obsah*“ V tomto případě se jedná především o odhalování jevů a

- jejich existence a kultury,
- jejich funkcí a vlastností,
- o odhalování faktorů ovlivňující sociální a sociálně psychické jevy
- o odhalování faktorů, které se sociálními a sociálně psychickými jevy jinak souvisejí.

Cílem kvalitativního výzkumu je vytvoření odpovídajícího popisu sociálního a sociálně psychického jevu. (Surynek, 2001)

Výhodami kvalitativního výzkumu je zajisté fakt, že daný problém výzkumník zkoumá v jeho přirozeném prostředí. Dále pak, že získá podrobný popis a náhled na daný problém. Naopak jako nevýhodami lze vidět fakt, že získaná znalost z výzkumu nemusí být zobecnitelná a tak i neaplikovatelná na populaci žijící v jiném prostředí. Další nevýhodou je skutečnost, že jsou výsledky snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobním náhledem na daný problém. (Hendl, 2005) Walker (2013) k otázce ovlivnění výzkumu výzkumníkem uvádí následující: „*Při takovém výzkumu budou zjištění „filtrována“ přes výzkumníka, budou ovlivněna jeho osobností, přesvědčením a zkušenostmi. To lidé, kteří používají kvalitativní výzkum, samozřejmě vědí, ale vypořádávají se s tímto problémem různě.*“ I přes tuto skutečnost je kvalitativní výzkum považován za stejně důležitý a rovnocenný jako výzkum kvantitativní. (Reichel, 2009)

7.1 CÍL VÝZKUMU

Popsat změny v kvalitě života uživatelů bydlících na chráněném bydlení po 3 letech po přechodu ze služby Domov pro osoby se zdravotním postižením do služby chráněné bydlení

7.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Změny v kvalitě života bývalých uživatelů služby DOZP Stod po 3 letech po přechodu do služby chráněné bydlení.

7.3 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkum probíhal v Domově pro osoby se zdravotním postižením Stod. Uživatelé jsem vybrala dle svých předchozích zkušeností z bakalářské práce. Navíc jsem si vytipovala ještě jednoho uživatele, který kdysi žil v přirozeném prostředí, měl rodinu, vlastní podnikání, avšak na následky střelných zranění ochrnl. O těchto uživatelích jsem začala sbírat potřebná data a informace. Nakonec jsem s nimi a se zaměstnanci udělala polostrukturované rozhovory.

Výzkumným vzorkem pro můj výzkum byli vybraní uživatelé, kteří přešli ze služby DOZP do služby chráněné bydlení. Jednalo se celkem o 6 uživatelů – 2 na CHB v Holýšově, 1 na CHB ve Stodě přímo v bytové zástavbě, 2 na CHB sociálně terapeutického centra a 1 uživatelka bydlící na CHB sociálně terapeutického centra. Dále pak 3 zaměstnanci DOZP Stod, kteří mají uživatele na starosti.

Sběr dat probíhal v areálu DOZP Stod, na CHB v Holýšově, na CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě, na CHB v bytové zástavbě, v rozmezí od listopadu 2013 do března 2014.

7.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝ METOD

Ve svém výzkumu jsem sbírala data o uživatelích za pomoci těchto metod:

- případové studie
- analýza dokumentů a dat
- polostrukturované rozhovory

7.4.1 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případová studie neboli case study, se používá především v sociologických, pedagogických, psychologických, sociálně psychologických, etnografických a lékařských výzkumech. Jedná se o metodu, která zahrnuje prvky biografické, porovnávací, typologické a historické. Jak uvádí Reichel (2009, str. 29) „*Předmět svého zkoumání se případová studie snaží popsat detailně a přitom komplexně, v jeho složitosti a celistvosti.*“ Při případové studii zaměřujeme svou pozornost na jeden „*objekt, celek, jednotku, fenomén apod., který může být specifický či typický a který nahlíží ze všech relevantních výzkumných aspektů.*“ (Reichel, 2009, str. 29) Případová studie tak může být zaměřena na jedince, instituci, skupinu, proces, atd. Hendl (2005) uvádí ve své publikaci typy případových studií dle sledovaného případu:

- osobní případová studie – výzkum určitého pohledu u jednoho jedince; zkoumány jsou zde příčiny, ovlivňující faktory, procesy a zkušenosti.
- studie komunity – výzkum jedné nebo více komunit ve městě, popř. celé město; jsou popisovány a analyzovány vzorce hlavních předmětů života komunity.
- studium sociálních skupin – výzkum malé (rodina) nebo velké (zaměstnanci) skupiny osob; jedná se o analýzu vztahů a aktivit ve skupině.
- studium organizací a institucí – výzkum zaměřený na školy, firmy, organizace, apod.; cíle zkoumání jsou různorodé, např. nejlepší vzorec chování, zkoumání adaptace a změn, atd.
- zkoumání událostí rolí a vztahů – výzkum zaměřen na událost; analýza konfliktu, adaptace, stereotypu

Ve svém výzkumu se zaměřuji na případové studie 5 uživatelů a 1 uživatelky. Při zpracování případových studií jsem vycházela z analýzy dat, rozhovoru se samotnými uživateli, zaměstnanci a sociální pracovnice zařízení. Podle výše uvedeného dělení se jedná o Osobní případové studie.

Kazuistiky se zaměřují na popsání životních příběhů 5 uživatelů a 1 uživatelky. Tito uživatelé jsou v současné době již 3 roky ubytováni na chráněných bydlech ve Stodě (2 uživatelé a 1 uživatelka) a v Holýšově (3 uživatelé). Při sestavování kazuistik jsem vycházela ze studia dokumentů o uživateli (úřední dokumenty, individuální plány), výpovědi sociální pracovnice a personálu a z výpovědi samotných uživatelů.

Pan B.

Pan B. se narodil předčasně (1750 g porodní váha) v roce 1969. Otec byl zámečnickem, později v dokumentech uváděn jako nezaměstnaný. Matka byla pomocná kuchařka, avšak trpící paranoidní schizofrenií a několikrát hospitalizována v PL Dobřany. Ihned po porodu byl umístěn na nedonošeneckém oddělení. Po měsíci byl z toho oddělení přeložen do dětského domova v Aši. Pan B. měl ještě jednoho sourozence, který byl dle dokumentů v dětském domově údajně osvojen. V tomto zařízení mu byla v roce 1972 diagnostikována imbecilita (dnes definována jako středně těžká mentální retardace) a strabismus. Z dětského domova byl v červnu roku 1974 hospitalizován v nemocnici v Mariánských Lázních jako sociální případ.

Z nemocnice v Mariánských Lázních byl v roce 1975 propuštěn a umístěn do ÚSP Zbůch. Zde navštěvoval zvláštní školu a učil se základy trivia. V roce 1982 si ho matka vzala domů, ale po měsíci ho vrátila, protože nezvládala jeho výchovu. Za dobu pobytu v ÚSP Zbůch si ho matka občas ještě brala domů, ale vždy když se pan B. vrátil, tak byl agresivní.

V roce 1986 přešel z ÚSP Zbůch do dnes již Domova pro osoby se zdravotním postižením Stod a byl ubytován na oddělení „L“. Zde mu byl v roce 1987 přiznán invalidní důchod III. stupně. Ještě do roku 1988 mu matka posílala nesmyslné dopisy, které pana B. vždy značně rozrušily. Dále se o něj rodiče nezajímají a v roce 1995 mu byl ustanoven jako opatrovník ÚSP (DOZP) Stod. Pan B. ve Speciálně pedagogické diagnostice z listopadu 2006 uvádí, že do ÚSP Stod přišel z ÚSP Zbůch. Předtím však byl doma, kde

žil s otcem, matkou, dědečkem, babičkou a strýcem. Otec pil a v opilosti jej bil páskem. Jeho matka ho bránila a sourozence nemá.

V DOZP Stod úspěšně absolvoval Kurz pro doplnění základního vzdělání a Vzdělávací kurz pro dospělé. Také se opakovaně účastnil Kurzu tance a společenského chování. V roce 2006 byl částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům, kdy mohl disponovat pouze částkou 2 500,- Kč měsíčně.

V DOZP Stod také chodil do zaměstnání. Jednalo se o keramickou dílnu, kde pracoval na stavech. Dále pak na zahradě, v kuchyni a nějaký čas i se sociální pracovníci na administrativě v kanceláři. V roce 2008 začal být zaměstnaný u agentury práce Fénix. Od roku 2011 pracuje v sociálně terapeutickém centru Stod v pekárně jako pomocný pekař.

Pan B. bydlí od března 2011 v chráněném bydlení – bytu v Holýšově na sídlišti, již s druhým spolubydlícím. Musí každý den dojíždět linkovou dopravou do svého zaměstnání. Sám si je schopen uvařit jídlo a zajistit si stravu, nakoupit si, uklidit si, vyprat, vyžehlit a pečovat o svůj zevnějšek. Pán je zcela mobilní, sportuje a nemá problémy s pohybem. Má hodně přátel a s nimi, zaměstnanci ani s cizími lidmi nemá problém komunikovat. Je velmi společenský, hovorný a je velmi rád v kontaktu s jinými lidmi.

Žádné velké zdravotní obtíže jej netrápí, ale jako malý trpěl opětovnými záněty plic a záněty středního ucha. V roce 2006 byl účastníkem nehody autobusu při návratu z dovolené, kdy byl zraněn na horní polovině těla.

Pan B. měl za svůj život několik známostí. S jednou z nich se zúčastnil Párové terapie, kdy spolu pod dohledem odborníků strávili týden na rekreačním středisku Břeží. V současné době nemá žádnou známost.

V roce 2013 byl podán ze strany DOZP Stod návrh na změnu opatrovníka. Navrhovaným opatrovníkem je město Stod.

Pan V.

Pan V. se narodil v roce 1983 při komplikovaném porodu, kdy na svět přišel císařským řezem a následně musel být kříšen. Otec byl alkoholik a byl několikrát soudně trestán, zemřel pravděpodobně na nádor. Matka trpěla psychiatrickým onemocněním a lehkou mentální retardací. Dokumenty uvádějí, že jako miminko žil s nemocným otcem a matkou v plesnivém, vlhkém a značně nevyhovujícím bytě. Pan V. má ještě dva starší

bratry (1968, 1969). Oba taktéž trpí mentálním postižením a byli umístěni v ústavech sociální péče. Jeden z nich je umístěn stejně jako Pan V. v DOZP Stod a společně spolu sdílejí byt v Holýšově.

Pan V. byl hned po porodu umístěn v Kojeneckém ústavu v Plzni z důvodu nevyhovujících podmínek k jeho výchově. Od února roku 1985 byl pak umístěn v DD Trnová. Zde mu byla diagnostikována oligofrenie středního typu (dnes definována jako středně těžká mentální retardace), nedoslýchavost a strabismus. Matka o něj jevila zájem, posílala mu balíčky, dopisy, chodila ho navštěvovat, ale nerespektovala návštěvní hodiny. Brala si pana V. i domů, ale on se k ní choval negativisticky, dokonce k ní později už ani nechtěl jezdit, protože u ní musel těžce pracovat. Matka chtěla chlapce zpátky do své péče a k sobě domů, ale při kontrole bylo zjištěno, že bydlení je nevyhovující, kdy hygienické zázemí bylo nevyhovující, a děti musely spát v místnosti, kde měli skladiště mezi harampádím. Uživatel ve Speciálně pedagogické diagnostice z roku 2006 uvádí, že její matka po delší přestávce matka opět navštěvuje.

V roce 1989 by pro trvalé vývojové opoždění, lehkou imbecilitu (dnes definována jako středně těžká mentální retardace) osvobozen od povinné školní docházky.

Z DD Trnová přešel v roce 1997 do DOZP Stod. Zde již bydlel jeden z jeho starších bratrů. Pan V. Nejdříve bydlel na „Zeleném“ oddělení kde se jevil velice schopně a pomáhal i ostatním. Poté začal bydlet na výcvikovém chráněném bydlení společně se svým bratrem. Matka o něj i nadále jevila zájem, jezdila za ním a jeho bratrem, ale ani jeden z nich nechtěl jezdit k ní domů. V roce 2001 mu byl přiznán invalidní důchod III. stupně. V roce 2007 mu byla částečně navracena způsobilost k právním úkonům (může disponovat částkou 1 500 Kč,- měsíčně), a následně stanoven opatrovník – DOZP Stod.

Za pobytu v DOZP Stod, stejně jako nyní, chodil do práce. Jednalo se o zaměstnání ve Vejprnicích, v Jitoně, v kavárně, na zahradě, prádelně a kuchyni v DOZP Stod. V roce 2010 začal být zaměstnáván agenturou práce Fénix. V současné době pracuje jako dělník v potravinářském průmyslu (číšník) v prodejně Sociálně terapeutického centra Stod, v pekařství U mlsného anděla.

V DOZP Stod již několik let dle potřeby dochází na vyučování do školy. Učebna je zřízena v jedné z budov v areálu DOZP. Pan V. ovládá základy trivia, pozná hodiny, dny, měsíce a roční období. Ve škole je jedním z nejšikovnějších žáků a je velmi učenlivý.

Pan V. od března 2011 bydlí na chráněném bydlení – bytě v Holýšově se svým bratrem a ještě jedním uživatelem. Společně zde obývají prostory 3+1. Každý den musí dojíždět linkovou dopravou do zaměstnání. V osobní hygieně a v péči o domácnost je samostatný, i když je nutná občasná kontrola personálu. Učí se vařit s asistentkami a nákupy si už víceméně zajišťuje sám. S pohybem nemá problémy a sportuje. Pán je komunikativní a nedělá mu problém navázat hovor s ostatními uživateli, zaměstnanci nebo cizími osobami.

Pán netrpí žádnými velkými zdravotními obtížemi. V roce 2006 byl účastníkem nehody autobusu při návratu z dovolené, kdy utrpěl poranění hlavy.

Pán při rozhovorech uvedl, že nikdy neměl a ani v současné době nemá žádnou známost. Ve Speciálně pedagogické diagnostice z listopadu 2006 je však uvedeno, že by si přál bydlet ve společném bytě se svou přítelkyní Jaruškou.

V roce 2013 byl podán ze strany DOZP Stod návrh na změnu opatrovníka. Navrhovaným opatrovníkem je město Stod.

Pan F.

Pan F. se narodil v roce 1956. Byl jediným dítětem své nesvéprávné matky. Sociální poměry v době těhotenství matky byly velmi špatné, kdy žil ve společné domácnosti s matkou, otcem, strýcem a tetou.

Na popud otce byl pan F. v roce 1960 přijat do DD Trpisty. Dále byl umístěn v DD Jáchymov, Kanice, Františkovy Lázně a Hostouň. V těchto letech mu byla diagnostikována oligofrenie typu lehké debility (dnes definována jako lehká mentální retardace).

Roku 1972 ve svých 16 letech byl umístěn do ÚSP Stod (dnes DOZP) a následně i rok na to zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům. Zde se naučil jezdit na kole. Až do smrti své tety k ní jezdil na prázdniny a na Vánoce do Klatov. V DOZP Stod absolvoval Taneční kurz a Párovou terapii se svou přítelkyní.

Pan F. za pobytu v DOZP vystřídal několik zaměstnání. Jednalo se o práci v Jitoně, v Nýřanech, v Honezovicích, Záluží, v pivovare, kde myl sudy. V DOZP Stod pracoval na zahradě, v prádelně. V současné době je zaměstnán jako pomocný pekař v Sociálně terapeutickém centru Stod – pekárně jako pomocný pekař.

Pan F. za pobytu v DD Hostouň vychodil 6 tříd základní internátní zvláštní školy při DD Hostouň. V současné době se již nevzdělává a dle svých slov už ani nechce. Ovládá trivium.

Od dubna 2011 žije Pan F. se svou přítelkyní na chráněném bydlení Sociálně terapeutického centra Stod. Uživatel je zcela samostatný, co se týče péče o svůj zevnějšek a úklid domácnosti. Stále využívá odebírání obědů přímo v areálu DOZP Stod. Ostatní stravu a nákupy stravy si zajišťuje sám. Učí se s asistentkami vařit. Pán je plně mobilní, nemá problémy s pohybem a rád sportuje. Je komunikativní a rád se setkává s novými lidmi.

Uživatel měl několik známostí, jak sám uvádí. V současné době už je 5 nebo 6 let se svou přítelkyní paní J. Společně absolvovali i Párovou terapii v rekreačním středisku Březí.

V červenci 2013 bylo zažádáno o změnu opatrovníka z DOZP Stod na Město Stod.

Pan L.

Pan L. se narodil v roce 1968 v Aši z druhého těhotenství jeho matky s maďarskou národností. Měl ještě o 13 let staršího bratra, ale ten zemřel. Byl u něj zaznamenán opožděný psychomotorický vývoj – později začal chodit, do 4 let se pomočoval, začal mluvit až v 5 letech. Na základě těchto indicií mu byla diagnostikována oligofrenie těžké imbecility (dnes definováno jako středně těžká mentální retardace). Uživatel ve Speciálně pedagogické diagnostice uvedl, že žil v Brtí se svou matkou, nevlastními bratry a matčíným přítelem, který je všechny týral.

V roce 1974 byl přijat do ÚSP Zbůch. Do DOZP Stod nastoupil poprvé v roce 1968. Poté si jej matka v lednu 1994 vzala domů. V červenci roku 1995 ve svých 27 letech nastoupil do DOZP Stod znovu, protože se mu u matky nelíbilo, nebyla schopna se o něj starat, a tak od ní utekl. Matka později pobývala v DPS ve Stodě. Sem jí uživatel chodil pravidelně navštěvovat, pomáhal jí s péčí o domácnost apod. Matka mu v roce 2011 zemřela.

V roce 2007 byla panu L. navracena částečná způsobilost k právním úkonům.

Od března 2011 bydlel s dalšími čtyřmi uživateli na chráněném bydlení v Holýšově. Zde se svým spolubydlícím obýval byt 2+1. Jelikož však nevycházel se

spolubydlícím a měl problémy s alkoholem, tak po cca tři čtvrtě roku přešel zpátky do výcvikového chráněného bydlení v areálu DOZP Stod. V současné době je od listopadu 2013 již ubytován na chráněném bydlení – bytě v centru města Stod ještě s jedním uživatelem.

Za pobytu v DOZP Stod vystřídal několik zaměstnání. Pracoval v Jitoně (tam se mu líbilo), v kuchyni, v Chlumčanech. V současné době pracuje jako pomocný pekař v Sociálně terapeutickém centru Stod. Každý den musí docházet do zaměstnání. S pohybem nemá problémy. Při péči o domácnost a svůj zevnějšek je nutná občasná kontrola a výzva personálu. Pán je komunikativní, ale kvůli špatné výslovnosti je mu hůře rozumět. Jelikož měl problémy se zvládnutím trivia, začal navštěvovat Kurz pro doplnění základního vzdělání v DOZP Stod. Nemá problémy s cestováním, jezdí na vodu, na turistické výšlapy.

V květnu roku 2013 prodělal po úrazu operaci páteře. Po této operaci musel rehabilitovat, ale v současné době se jeho zdravotní stav ustálil a uživatel opět nastoupil do zaměstnání.

V červenci 2013 na základě návrhu soud zprošťuje opatrovnictví DOZP Stod a stanovuje novým opatrovníkem Město Stod.

Slečna H.

Slečna H. se narodila v roce 1976 (3100 g). Její otec byl slévač, nezná ho a nepamatuje si na něj. Matka byla dělnice a alkoholička. Na rodiče si nepamatuje, ale má hezké vzpomínky na babičku, která ji navštěvovala. Má 2 bratry. Bratr J. je v současné době umístěn na CHB v Chotěšově. O bratrovi V. nic neví, ale měl by být nejspíše u otce v Novém Strašecí.

Od roku 1978 byla umístěna v DD Trnová společně s bratrem J. Byla jí diagnostikována oligofrenie v pásmu horní imbecility (dnes definována jako střední mentální retardace). Roku 1984 přešla do DOZP Bystřice nad Úhlavou. Zde opět bydlela se svým bratrem J., ale ten později odešel do ÚSP Zbůch a následně na CHB v Chotěšově. V roce 2010 přešla na vlastní žádost do DOZP Stod, protože chtěla být blíže svému bratru J. Ze začátku zde bydlela na výcvikovém chráněném bydlení sama v bytě. V květnu 2011 se stěhovala do Sociálně terapeutického centra Stod. Slečna H. je zbavena způsobilosti

k právním úkonům. V září 2011 byl zamítnut návrh na navrácení způsobilosti k právním úkonům.

Za pobytu v DOZP Bystřice nad Úhlavou pracovala v prádelně. Poté v Praze absolvovala kurz havajských masáží a začala masírovat. V DOZP Stod pracovala nejdříve v keramické dílně a následně pod dohledem rehabilitačních sester prováděla masáže pro personál. V současné době pracuje v Sociálně terapeutickém centru – pekárně jako číšnice a i nadále provádí masáže.

Slečna H. absolvovala ZUŠ a Pomocnou školu Klatovy, když ještě bydlela v DOZP Bystřice nad Úhlavou. V DOZP Stod navštěvovala Kurz pro doplnění základního vzdělání a i nadále v něm pokračuje. Chtěla by ještě absolvovat nějaký další masérský kurz. Ovládá základy trivia – psaní (vede si deník s denními činnostmi), čtení a počítání.

Slečna H. měla za svůj život 3 známosti. Jedna z nich trvala 9 let, kdy s přítelem bydlela na CHB v Bystřici a vztah skončil hádkou – přítel na ní byl hrubý a sprostý. Nyní má kamaráda, se kterým jezdí na výlety. Chtěla by si najít přítele a odejít bydlet „ven“ do bytu.

Se zdravím nemá velké obtíže, avšak trpí hypotyrexií (nadměrná aktivita štítné žlázy) a varixy (křečové žíly). V minulosti prodělala operaci křečových žil.

V současné době stále bydlí na CHB bydlení ve Stodě. Sama si uklízí, pere prádlo, z DOZP Stod odebírá obědy, ale zbylou stravu si zajišťuje sama. Péči o svůj zevnějšek bez problémů zvládá. Pečuje též o svého mazlíčka morče Adélku. Slečna H. je komunikativní, společenská, ale z důvodu špatné výslovnosti je jí špatně rozumět. Dříve na vlastní žádost navštěvovala logopedii, ale později na ní přestala docházet. Slečna H. je plně mobilní, nemá s pohybem problémy a ráda sportuje.

Pan P.

Pan P. se narodil v roce 1966 jako jediné dítě rodičům zdravotníkům. Chlapec normálně vyrůstal a prospíval. V roce 1972 nastoupil do 1. třídy Základní školy ve Stodě. Sem docházel až do 4. třídy. Poté přešel na Základní školu v Plzni zaměřenou na plavání. Po dokončení základní školy začal navštěvovat gymnázium Lud'ka Píka v Plzni na Doubravce. Po absolvování gymnázia a následné povinné vojenské službě, se oženil se

svou tehdejší přítelkyní. Následně se mu v září roku 1988 narodila dcera L. V té době rekreačně létal na rogallu a věnoval se adrenalinovým sportům.

V roce 1996 v jeho třiceti letech proběhlo na jeho střelnici loupežné přepadení, kdy byl postřelen cizincem přímo do hlavy. Po těžkém traumatu hlavy se tak ze zdravého muže stal člověk odkázaný na invalidní vozík. S manželkou se rozvedl a jak sám uvádí – byla mladá a dal jsem jí svobodu. Po několika měsících v nemocnicích a rehabilitačních zařízeních byl v listopadu roku 1998 umístěn v tehdejším ÚSP Stod, který byl určen pro osoby s mentálním postižením. Pan P. však trpěl tělesným postižením a po mentální a kognitivní stránce byl v pořádku. V ústavu začal ztrácet pojem o životě za branami. V ÚSP Stod se seznámil se svou asistentkou paní J. Ta s ním začala intenzivně rehabilitovat a pečovat o něj. Právě tímto přístupem pana P. dostala z lůžka na elektrický invalidní vozík, na kterém nyní sám ovládá a jezdí na něm.

V ÚSP (později DOZP Stod) bydlel na oddělení „B“, kde měl k dispozici pro sebe samostatný pokoj. Když se však v roce 2011 naskytla příležitost bydlení na chráněném bytě v centru města Stod, této příležitosti využil. Na chráněném bydlení bydlí sám v bezbariérovém bytě s pokojem a sociálním zařízením. Stále o něj dochází pečovat jeho asistentka paní J. Na chráněném bydlení je šťastný, nic by neměnil a se svým současným životem je spokojený. Pan P. potřebuje maximální míru podpory, co se týče oblasti samoobsluhy. Sám uvedl, že v ústavu měl vše, co potřeboval k přežívání, ale nic k životu. S přechodem do chráněného bydlení se mu tak otevřeli nové příležitosti, svoboda a budoucnost. Jeho snem je opět začít chodit.

7.4.2 ANALÝZA DOKUMENTŮ A DAT

Analýza dokumentů je jednou ze standardních metod používanou nejenom v kvantitativním výzkumu, ale také v kvalitativním výzkumu. Dokumenty se rozumí vše napsané, nějak zaznamenané, které mohou být analyzovány z různých úhlů pohledu. (Hendl, 2005) Dokumenty rozlišujeme na dokumenty úřední (zápisy z porad, zákony, vyhlášky, úřední dokumentace, atd.), veřejné (masmedia – noviny, knihy, pořady, rozhlas, atd.), osobní (deníky, zápisky, poznámky, dokumenty týkající se rodinných událostí, atd.), předmětné neboli hmotné stopy (ohmatanost knih, obsah skládek a popelnic, atd.)

U dokumentů také rozlišujeme jejich podobu. Dokumenty mohou mít podobu psanou (knihy, deníky), fonetickou (audionahrávky, hudba), obrazovou (fotografie, obrazy), virtuální (internet, e-mail), trojrozměrnou (sochy, stavby). (Reichel, 2009)

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na analýzu dokumentů osobních a úředních. Tyto dokumenty měly převážně podobu psanou, ale také i virtuální.

7.4.3 POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY

Polostrukturovaný rozhovor je specifický tím, že pro jeho uskutečnění musí být připraven soubor témat a otázek, kdy není předem přesně stanoveno, jak půjdou otázky za sebou. Je nezbytné, aby byly probrány a zodpovězeny všechny, i když si je může tazatel do určité míry upravovat. V jiných případech lze případně pokládat doplňující dotazy. Reichel (2009, str. 112) se ve své publikaci zabývá výhodami a nevýhodami polostrukturovaného rozhovoru a uvádí následující: *„Rámcově řečeno, jistá volnost se jeví jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem, do jisté míry se dají akceptovat jeho osobní specifika, komunikace může lehčeji plynout atp. Na druhé straně přece jen jistá, byť nevelká míra formalizace ulehčuje utřídění údajů a jejich případné vzájemné porovnávání, zobecňování ad. V tomto ohledu je tedy varianta polostrukturovaná vcelku optimálním způsobem získávání dat a bývá v podobě různých drobných modifikací v kvalitativním zkoumání hojně využívána.“*

Polostrukturované rozhovory jsem s uživateli vedla v jejich přirozeném a pro ně příjemném prostředí. Jednalo se o předem domluvené návštěvy v jejich bytech na chráněném bydlení. V dotazování jsem se zaměřila na 8 oblastí kvality života dle Shalocka a Verduga [8]: Citové pohodlí – spokojenost; Mezilidské vztahy – interakce a vztahy; Materiální pohodlí – zaměstnání a majetek; Osobní vývoj – stav podle vzdělání, osobní způsobilost; Tělesné pohodlí – zdravotní stav, stav podle výživy; Sebeurčení – autonomie, volby, osobní cíle; Sociální začleňování – integrace a začlenění v komunitě; Práva – lidská (respekt, důstojnost, rovnost) a zákonná (přístup a spravedlivý proces). V těchto oblastech jsem pokládala otázky tak, abych zjistila, jaké rozdíly uživatelé vidí ve svém životě a v kvalitě svého života před 3 lety a dnes. Také jsem se každého z nich zeptala, co pro ně znamená být spokojený a co si pod pojmem spokojenost představují. Vycházela jsem z toho, že spokojenost je velice subjektivní a každý člověk ji vnímá jinak.

Rozhovory se zaměstnankyněmi jsem vedla na jejich pracovišti, kdy jsem otázky zaměřila na stejné oblasti kvality života jako u uživatelů. I zaměstnankyň jsem se ptala, co si představují pod pojmem spokojenost a navíc, co si představují pod pojmem kvalita života.

Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon, později je analyzovala a poté jsem postupně vyhodnotila u každého uživatele každou oblast kvality života zvlášť.

7.5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

7.5.1 ANALÝZA DOKUMENTŮ A DAT

Při vypracování mého výzkumu jsem dostala povolení nahlédnout do osobních složek uživatelů, jejich individuálních plánů a dotazníků spokojenosti se službami v DOZP Stod. Studium těchto dokumentů jsem se dozvěděla mnohé o minulosti i přítomnosti uživatelů. Na základě prostudování jsem tak byla schopna sestavit kazuistiky a otázky do polostrukturovaných rozhovorů, které jsem později prováděla.

Při analýze dokumentů jsem se zaměřila na skutečnosti, které se odehrály v rozmezí 3 let od přechodu ze služby domov pro osoby se zdravotním postižením do služby chráněné bydlení. Dále jsem se zaměřila na zmapování toho, jak prožívali život v ústavu před přechodem a jak ho následně prožívají teď, když již 3 roky žijí na CHB.

Z osobních složek je zřejmé, že všichni uživatelé prožili útlý věk a dětství pobytu v ústavních zařízeních. Některé z nich si rodiče nebo příbuzní brávali občas domů, avšak uživatel vždy skončil zpátky v ústavu. Pouze uživatel F. a L. navštěvovali své příbuzné až do jejich smrti. Uživatel F. jezdil ke své tetě na prázdniny a Vánoce. Uživatel L. navštěvoval svou matku v Domě s pečovatelskou službou do roku 2011, kdy zemřela. Z těchto skutečností vyplývá, že uživatelé byli od narození víceméně zvyklí pouze na ústavní výchovu a její režim – časový harmonogram, žádné nebo minimální soukromí, velká koncentrace osob se stejným postižením na jednom místě, apod.

V individuálních plánech jsou zachyceny a popsány úkoly a cíle, kterých uživatelé chtěli nebo chtějí docílit. Ve vytyčeném rozmezí 3 let se zde neustále objevují cíle a úkoly zaměřené na nácvik v oblasti sebeobsluhy. Jedná se zejména o nácvik vaření, hospodaření

s penězi, vylepšení úklidu domácnosti a vzdělávání. Někteří z uživatelů tyto úkoly dotáhli do zdárného konce, někteří ještě ne.

V dotaznících pro zjišťování spokojenosti se službami v DOZP Stod jsou uvedeny názory uživatelů na jednotlivé elementy služeb. Je zde zahrnuta oblast ošetrovatelské péče, výchovná péče, pracovní rehabilitace, ubytování, aktivity ve volném čase, stravování, možnost integrace a aktivity směrem k místní komunitě. Uživatelé se zde staví velmi kladně ke službám, které jsou jim poskytovány ve službě CHB. Několik z nich uvádí, že jim život v CHB vyhovuje.

7.5.2 POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY

Pojem kvalita života a spokojenost vnímá každý z nás jinak. Nejdříve mě zajímalo, jak zaměstnankyně a uživatelé vnímají pojem spokojenost. Všichni k tomuto pojmu řadili kladné věci, které je uspokojují a dělají jim radost v životě. Zaměstnankyně se zaměřovaly na široké vymezení tohoto pojmu. Uživatelé pojem spíše vymezovali, jako něco, kdy se lidé mají rádi, že nemají starosti a mají klid. Spokojenost bych charakterizovala jako stav, kdy mám vše, co chci, daří se mi vše, co chci, jsem šťastná a nic mě netrápí.

„ Spokojenost, ježišmarjá, filozofie. Být v pohodě, já nevím jak to popsat. Všechny věci, které člověk považuje za důležité, aby byli podle něho představa? A aby vycházelo, to jakým způsobem si představuje, že to bude. Stručně řečeno.“

Asistentka z CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě

„ Tak spokojenost vnímá každý člověk asi jinak. Někdo je spokojený s tím, když dosáhne svého vlastního bydlení, že má svojí práci, že je zdrav. Někdo je spokojený, že třeba dosáhne toho, že může bydlet s nějakým kamarádem, pokud bysme se teda bavili o životě v nějakém zařízení. Může být spokojený s tím, že má možnost si třeba sám rozhodnout o tom, co bude jíst, co si koupí, nebo taková pro nás banální věc, že si rozmyslí, co si vezme na sebe, tak to určitě taky ty lidi dřív neměli. A určitě teď když tu možnost mají tak jsou spokojenější v tom životě.“

Asistentka z CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě

„ *Spokojenost? Tak určitě že ten klient víceméně je v takový pohodě, nemá žádný stresy.* “

Vedoucí CHB

„ *Že prostě mi nic nechybí, jo, nic mi netrápí, nic mi nebolí. To je spokojenost.* “

Uživatel F.

„ *Byl bych spokojenej, abychom se měli se svýma kamarády a kamarádkami rád. Že s někým jsem rád.* “

Uživatel B.

„ *Spokojenost jako, že se máme jako rádi a že jsme, jako že nemám starosti, problémy jo. Třeba jako radost. A že někdy mam problémy, tak se necítím spokojeně.* “

Uživatelka H.

„ *Když mam tady klid a tuto.* “

Uživatel V.

„ *No, že. No to. Mě je líp tady. Mno že mám ty kamarády.* “

Uživatel L.

Dále jsem se v úvodní části rozhovorů zaměřila na vymezení pojmu kvalita života. Na tento pojem jsem se ptala pouze zaměstnankyň, jelikož se domnívám, že uživatelé nejsou seznámeni s tímto pojmem, a tak by ani nebyli schopní vyjádřit, co pro ně kvalita života znamená. Zaměstnankyně se opět zaměřily na široké vymezení tohoto pojmu a dotkly se několika oblastí života, o kterých si myslí, že do kvality života jako takové spadají. Pro mě osobně kvalita života znamená skutečnost, že mám odpovídající bydlení, rodinné zázemí, spolehlivé přátele, práci, partnera, dostatek financí, jsem zdravá, můžu a dělám věci, které mě baví, můžu si dělat, co uznám za vhodné, můžu si jít, kam chci, kdy chci a jsem svobodná. Nejsm tak ničím a nikým omezována. Ztotožňuji se s definicí Kováče, kterou jsem uvedla v kapitole Kvalita života. Dle mého názoru nabízí široký náhled na kvalitu života jako takovou.

„ *Kvalita života. Zase. Kvalita života se těžko nějak měří a je hrozně subjektivní. Každý považuje jakoby kvalitní život. Zase, vstupuje do toho strašně věci, práce, koníčky, zdraví, takže pokud člověk, zase, má všechny věci, které jsou pro něj důležité, tak potom si asi myslí, že žije kvalitní život.* “

Asistentka z CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě

„ To je těžké. Kvalitní život mám, když mám kde bydlet, mám z čeho žít. Když no, mám kde bydlet, z čeho žít. Můžu se sám rozhodovat, můžu jít, kam chci, nebo je mi to umožněno. Můžu si říct, když sám nezvládnou něco, tak mám za kým jít, za člověkem, který mi s tím pomůže, a tu možnost mám. Co ještě? To je strašně toho moc, a když má člověk hledat slova, tak. Zdraví, štěstí, mám za kým jít, mám vše, co potřebuju. Já nevím no.“

Asistentka z CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě

„ Kvalita života, mno, že není ničím omezený, že prostě žije jako ostatní.“

Vedoucí CHB

V polostrukturovaných rozhovorech jsem dále na základě výpovědí uživatelů a zaměstnankyň hodnotila u každého uživatele změny v kvalitě života po 3 letech po přechodu chráněné bydlení.

Pan F.

Citové pohodlí - spokojenost: U uživatele došlo k posunu a ke změnám, co se týče jeho pocitu volnosti a celkové spokojenosti. Asistentka i uživatel F. se shodují, že se teď cítí spokojený se svým životem a nic by neměnil.

Mezilidské vztahy – interakce a vztahy: Z této oblasti vyplývá, že uživatel má okolo sebe lidi a přátele, o které se může opřít a jsou mu oporou. Sám uživatel uvedl, že za pobytu v ústavu tomu tak však nebylo a na nikoho nebyl spoleh. Co se týče partnerských vztahů, uživatel F. má již cca 5 – 6 let stálou přítelkyni, se kterou bydlí na CHB sociálně terapeutického centra. Asistentka uvedla, že si myslí, že kdyby se naskytlá příležitost bydlet s někým jiným, takže by jí uživatel asi využil. Sám uživatel přiznává, že kdyby bylo soužití k horšímu, tak by chtěl bydlet jedině s kamarádem. Na výcvikovém chráněném bydlení měli skoro rok na to, vyzkoušet si společné bydlení. Asistentka se domnívá, že se uživateli F. vše v osobním životě daří, ale uživatel F. není stejného názoru – na otázku osobního života odpovídá o nedostatcích, které pociťuje v práci.

Materiální pohodlí – zaměstnání a majetek: Tuto oblast vnímají oba stejně. Uživatel F. byl dříve za pobytu v ústavu zaměstnán stejně jako nyní. I když se jedná o různé práce, tak uživatel uvádí, že byl spokojen, jak v předchozích zaměstnáních, tak i v nynějším. Stejně

tak se oba domnívají, že se nyní uživatelova životní úroveň zlepšila, avšak každý tuto změnu vidí v jiné oblasti.

Osobní vývoj (stav podle vzdělání, osobní způsobilost): Z otázek vyplynulo, že uživatel v minulosti absolvoval zvláštní školu, ale za pobytu v ústavu a na chráněném bydlení se dále nevzdělával a nevzdělává. Asistentka i uživatel se shodli na tom, že se dále vzdělávat nechce. I přes tuto skutečnost si asistentka myslí, že předchozí vzdělání je zřetelné, co se týče jeho kvality života – dokáže psát, číst a díky tomu si i leccos zařídit.

Tělesné pohodlí (- zdravotní stav, stav podle výživy): V současné době se uživatel cítí po zdravotní stránce dobře. Sám uvedl, že nyní ho žádné zdravotní obtíže netrápí, ale že za pobytu v ústavu tomu bylo jinak. Prodělával především respirační onemocnění – angíny, chřipky. Domnívám se, že tato skutečnost byla způsobena velkým množstvím uživatelů na jednom místě. Stravu asistentka hodnotí rozdílně než uživatel. Asistentka se domnívá, že v oblasti stravy se nic nezměnilo, protože za pobytu v ústavu odebíral obědy a zajišťoval si snídani, svačiny a večeře sám stejně jako nyní. Dokázal si také uvařit jednoduché jídlo. Uživatel se naopak domnívá, že si nyní kupuje více zdravá jídla a má jídla více co do množství. Dále z odpovědí polostrukturovaného rozhovoru vyplývá, že uživatel má pořád stejně tělesného pohybu, jako dříve. Uživatel chodí do zaměstnání a ve svém volném čase sportuje, jezdí na kole nebo chodí na procházky.

Sebeurčení (autonomie, volby a cíle): Uživatel F. se v hodně věcech rozhoduje sám, většinou už má vždy svůj názor a když váhá nebo si neví s něčím rady, přijde se poradit s asistentkami. Uživatel uvádí, že nyní se musí rozhodovat více sám a být odpovědný za svoje věci. Asistentka se domnívá, že co se týče samostatnosti uživatele F., je vše stále na stejné úrovni a že byl samostatný i za pobytu v ústavu. Přesto si je nyní schopný vyřídit více osobních záležitostí než dříve. Sám uživatel již nemá žádné cíle a sny, kterých by chtěl dosáhnout.

Sociální začleňování (- integrace a začlenění v komunitě) bylo zaměřeno na účast na kulturních akcích, na začlenění do komunity v místě bydliště, na přátele a na to, jak se uživatel v novém bydlišti cítí. Uživatel se účastnil kulturních akcí, jak za pobytu v ústavu, tak se účastní i nyní. Vidí však rozdíl v tom, že dříve se účastnil hlavně s ostatními klienty a nyní si jde sám na akci, na kterou chce a která ho láká. Naopak asistentka uvedla, že u uživatele je navštěvování kulturních akcí na stejné úrovni a že i dříve si sám vybíral, na kterou akci půjde. Do komunity se uživatel začlenil, našel si v novém bydlišti i hodně

přátel a se zde cítí příjemněji, než když bydlel v ústavu. Asistentka i uživatel tuto skutečnost komentují s tím, že se zde uživatel cítí jako doma, má zde vlastní bydlení a vlastní život.

Práva (lidská – respekt, důstojnost, rovnost; zákonná – přístup, spravedlivý proces): Zde asistentka uvedla, že uživatel F. zná svá práva, povinnosti a nemyslí si, že by na sobě uživatel pocítoval upírání práv od společnosti. Sám uživatel uvedl, že si nemyslí, že by mu byla upírána některá lidská práva a že se s ním ostatní lidé baví úplně normálně. Dále uvedl, že skutečnost, že je částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům je v pořádku a že by to tak mělo být. Vnímá to jako ochranu své osoby.

U uživatele F. došlo k největším změnám v kvalitě života zejména v oblasti citového pohodlí. Uživatel se cítí volněji, příjemněji, je spokojen a nic by na svém nynějším životě neměnil. Domnívám se, že tento fakt je způsoben skutečností, že ke změnám došlo i v dalších oblastech kvality života. Uživatel má odpovídající bydlení, zapadl do místní komunity, našel si zde přátele, stravuje se lépe, více se hýbe a je méně nemocný. Myslím si, že právě tyto skutečnosti se nejvíce promítají právě v oblasti citového pohodlí a spokojenosti.

„ Mno tam je to prostě omezenější než tady. Tady je víc volnosti. Tady si můžu přijít, kdy se mi zachce, jo. Ale já to nevyužívám, já vždycky chodím včas domů. “

„ Tady se cítím dost příjemně, jako doma. Jsem si koupil skříňku, křeslo. Tady si uklízím a mam klid. “

Uživatel F.

Pan B.

Citové pohodlí: U uživatele B. došlo, stejně jako u uživatele F., k posunu, co se týče pocitu volnosti a svobody. Asistentka i uživatel se rovněž shodují v tom, že je se svým životem spokojený. Sám uživatel uvádí, že je víc v pohodě, než když bydlel v ústavu a nic by nyní neměnil.

Mezilidské vztahy: Z této oblasti vyplynulo, že uživatel má okolo sebe osoby, které jsou mu oporou a je celkově se svým okolím a přáteli spokojený. Zároveň dodal, že dříve to takové nebylo, ale s nástupem na výcvikové chráněné bydlení se tato oblast zlepšovala.

Uživatel v současné době žádnou známost nemá, dříve měl však známostí několik. Na otázky ohledně soužití na bytě se spolubydlícím se názory vedoucí CHB a uživatele rozcházejí. Vedoucí CHB se domnívá, že si uživatel na nového spolubydlícího zvykl a už si více sedí. Naproti tomu, kdyby byla možnost, aby se vrátil původní spolubydlící uživatele, hned by toho nynějšího vyměnil za původního. V otázce nezdaru v osobním životě vedoucí CHB uvedla, že uživatel sice zapadl do místní komunity, ale spíše do takové, která má tendence ho využívat. Uživatel si naopak postěžoval, že se mu v osobním životě nedaří a vlastně ani nelíbí hádky s kamarádkou. Dříve však měl stejný problém, ale se sloužícími v ústavu.

Materiální pohodlí: Uživatel byl v minulosti a je i v současné době zaměstnán. V současném zaměstnání je spokojen, ale uvedl, že v dřívějším zaměstnání byl přeci jen spokojenější. Dle jeho názoru byl při práci v kuchyni více s kolektivem. V pekárně na současném pracovišti je spíše „honička a makačka“. V otázkách životní úrovně se vedoucí CHB i uživatel shodují v názoru, že nyní je životní úroveň uživatele vyšší – lepší bydlení, více finančních prostředků. Dále, že uživatel má nyní vše, co potřebuje.

Osobní vývoj: Z dotazování vyšlo najevo, že uživatel dříve chodil do školy, ale přestal kvůli zaměstnání. Uživatel by se přesto rád i nadále vzdělával, když by měl více času – chtěl by se zdokonalit v počítání, čtení a psaní. Naproti tomu vedoucí CHB uvedla, že si nemyslí, že by se uživatel chtěl dále vzdělávat z časových důvodů. Dále uvedla, že vzdělání uživatele má dopad na zlepšení kvality života, jelikož se v rámci školy dostal na více akcí, na exkurze a více toho mohl vidět.

Tělesné pohodlí: Uživatel se v současné době cítí po zdravotní stránce dobře. Za pobytu v ústavu však trpěl častěji bolestmi, zvracením a problémy se žaludkem. Také uvedl, že za pobytu v ústavu lékaře navštěvoval více a nyní navštěvuje pouze 1x měsíčně kožního lékaře. Uživatel si v současné době zajišťuje veškerou stravu sám a sám si i vaří. Na vlastní žádost kvůli nespokojenosti ukončil odebírání obědů a i ty si zajišťuje sám. Vedoucí CHB, stejně jako uživatel, uvedla, že se v současné době uživatel stravuje kvalitněji než za pobytu v ústavu. Uživatel se má v současné době více tělesného pohybu než za pobytu v ústavu. Ke sportovním aktivitám mu přibýlo více pohybu v práci a doprava do samotné práce – z domova na autobusovou zastávku, ze zastávky do zaměstnání a nazpátek.

Sebeurčení: Uživatel B. se ve svých věcech rozhoduje sám. Stále však potřebuje radu druhé osoby, a jak uvedla Vedoucí CHB, hodně věcí začne řešit až v momentě, kdy už je

pozdě. Uživatel se po přechodu na chráněné bydlení více osamostatnil a nyní si dokáže vyřídit více osobních záležitostí. Sám si zajišťuje stravu, sám si již nakupuje oblečení (nechá si od asistentek pouze zjistit spoj do Plzně), sám si zajišťuje péči o domácnost. Uživatel uvedl, že jeho sen je mít více „právnosti“. Zároveň dodal, že na způsobilosti k právním úkonům nechce být ani částečně omezen.

Sociální začleňování: Uživatel se za pobytu v ústavu účastnil kulturních akcí stejně jako nyní. Rozdíl však najít v tom, že tehdy navštěvoval akce pouze ve Stodě, kdežto nyní si může jít na kulturní akci jak ve Stodě, tak v místě bydliště nebo někde jinde. Sám uživatel dodává, že za pobytu v ústavu musel hlásit kam a na jakou akci jde. V současném bydlišti nemusí. Jak jsem již uvedla, uživatel se začlenil do místní komunity, bohužel však do takové, která má tendenci jej využívat. I přes tuto skutečnost vedoucí CHB i uživatel shodně uvádějí, že se v novém bydlišti a komunitě cítí příjemněji, než když uživatel bydlel v ústavu.

Práva: Vedoucí CHB uvedla, že si je uživatel vědom svých práv a povinností. Uživatel naopak uvedl, že by rád věděl na co má právo a na co ne. Je si vědom toho, že volit může, ale naopak, že se nemůže oženit a že nemůže hospodařit s „plnými penězi“. Vedoucí se domnívá, že si uživatel uvědomuje, že jsou mu společností upírána některá lidská práva – kolikrát řeší skutečnost, že výplata chodí na jeho účet, ale on dostává jen kapesné. Uživatel s částečným omezením způsobilosti k právním úkonům nesouhlasí a nelíbí se mu to – dle svých slov „*chtěl bych to zkusit jako se životem*“.

U uživatele B. taktéž došlo k největšímu posunu v oblasti citového pohodlí, spokojenosti se svým životem a v celkovém rozpoložení jeho osobnosti. Má okolo sebe více osob, na které se může obrátit, zvýšila se mu životní úroveň, má lepší bydlení, má více finančních prostředků, má vše, co potřebuje, je více zdravý, má více tělesného pohybu, osamostatnil se, dokáže si vyřídit více osobních záležitostí, sám si zajišťuje stravu a péči o domácnost. Přesto jsou však stále zjevné nedostatky v oblasti mezilidských vztahů – zapadl sice do komunity, ale do takové, která má tendenci jej využívat, hádá se s kamarádkou, chtěl by bydlet někým jiným, problémy řeší, až když je pozdě. Domnívám se, že tyto problémy pramení z jeho povahy. Dle slov Vedoucí CHB je uživatel trochu konfliktní povaha a nedokáže rozpoznat, zda jej chce někdo využít nebo ne.

„ No, já bych řekl, že tady je to lepší. Protože jako má člověk hodně volnosti jo. Jako zase si nemůžeme dělat, co chceme, ale prostě musíme jako respektovat, co nám vedoucí řekne

jo. Nebo to prostě musím respektovat a řídit se tím. Jsem svobodnější. Tady už jsem se seznámil s tolika lidma, který znám a který mě znají.“

„ Já bych chtěl docílit svého života, že bych chtěl mít ještě jako víc, jestli by to šlo víc právnosti. Jako nechtěl bych být omezený částečně, ale chtěl bych mít víc právnosti, na co bych měl nárok a tuto. To by byl můj sen.“

Uživatel B.

Pan V.

Citové pohodlí: Uživatel V. je se svým životem spokojen. Stejně jako ostatní uživatelé vidí velký posun v tom, že je nyní více volný a cítí se více v pohodě, než když bydlel v ústavu. Uživatel by na svém životě nechtěl nic měnit. Totéž si o něm myslí i Vedoucí CHB.

Mezilidské vztahy: Uživatel uvedl, že je spokojen se svým okolím a svými přáteli. Za pobytu v ústavu byl se svým okolím spokojen pouze někdy, málo. Uživatel neměl a v současné době taktéž nemá přítelkyni. Na bytě bydlí s kamarádem a svým bratrem. Vedoucí CHB uvedla, že takové složení bytu všem vyhovuje a nemyslí si tak, že by uživatel chtěl bydlet s někým jiným. Výpověď uživatele její názor potvrzuje. Uživatel se domnívá, že se mu nyní vše v jeho osobním životě daří. Vedoucí CHB je však opačného názoru. Dle ní se uživateli nedaří hospodařit s penězi a občas si udělá nějaký dluh, který pak nemá jak splatit.

Materiální pohodlí: Uživatel byl dříve a je i nyní zaměstnán. S předchozím i nynějším zaměstnáním byl spokojen, s čímž souhlasí i Vedoucí CHB. Ta navíc dodává, že v nynějším zaměstnání je dle jejího názoru uživatel nejvíce spokojen a jeho nadřazení si jej chválí. V otázce životní úrovně jsou oba stejného názoru, že se zvýšila a že nyní je více „volný“. Uživatel se také pochlubil, že pojedí k moři.

Osobní vývoj: Uživatel stále dochází do školy a vzdělává se. Sám podotkl, že se učí stále stejné věci, ale třeba učit se vařit jej baví. Vedoucí CHB uvedla, že uživatel už se stejně jako ostatní výše zmínění moc učit nechce a to především z časových důvodů. Zlepšení kvality života ve vztahu ke vzděláním vidí především v tom, že se uživatel s učitelkou zúčastnil více kulturních akcí, výletů a exkurzí. S personálem zařízení by se nemohl účastnit tolika akcí, tolik jich není.

Tělesné pohodlí: Uživatel se v současné době cítí po zdravotní stránce dobře a netrápí ho žádné obtíže. Uvedl, že když bydlel v ústavu, tak byl pořád nějak nemocný a navštěvoval více lékaře. Uživatel i Vedoucí CHB shodně uvedli, že se nyní stravuje lépe než za pobytu v ústavu. Uživatel si sám zajišťuje snídani, svačiny a večeře. O víkendu se učí vařit obědy s asistentkami. Tělesného pohybu má také více – ne jenomže chodí sportovat, ale také musí absolvovat každodenní cestu do zaměstnání, kdy část trasy musí absolvovat pěšky.

Sebeurčení: Uživatel i nadále potřebuje pomoc a radu hlavně v oblasti financí a vyřizování na úřadech. Sám uživatel však uvádí, že pomoc a radu nikoho již nyní nepotřebuje. Spíše ji potřeboval v době, kdy bydlel v ústavu, protože dle svých slov neuměl počítat peníze. Co se dle Vedoucí CHB zlepšilo, je návštěva praktického lékaře. Když uživateli není dobře, je schopen si sám dojít k praktickému lékaři a nechá si případně vystavit pracovní neschopnost. Dále dodává, že se uživatel celkově více osamostatnil. Uživatel již žádné cíle a sny, kterých by chtěl dosáhnout, nemá.

Sociální začleňování: Uživatel stejně jako v době, kdy žil v ústavu navštěvuje kulturní akce. Sám se však domnívá, že nyní se jich účastní více, jezdí za ním kamarádi a třeba i chodí na fotbal. Do komunity v místě bydliště se začlenil a nemá žádné problémy se svým okolím a se sousedy. V novém bydlišti si také našel přátele. Vedoucí CHB i uživatel se shodují, že v nynějším bydlišti se uživatel cítí příjemněji. Přestěhováním se celkově zlepšila jeho kvalita života.

Práva: Uživatel zná svá práva, ovšem jaké jsou jeho povinnosti, občas zapomíná. Uživatel uvedl, že je omezený v nakládání s financemi. Vedoucí CHB se naopak domnívá, že uživatel nepociťuje, že by mu bylo něco společností upíráno. Uživatel je stále částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům. Toto omezení vnímá dle svých slov jako „kázání“. Přesto si je však vědom, že je to ochrana jeho osobnosti, aby se mu něco nestalo.

Uživatel V. také pociťuje největší posun a změnu v oblasti citového pohodlí. Dle svých slov se cítí více volný, více v pohodě a nechtěl by na svém životě nic měnit. Je spokojen se svým okolím a přáteli, spolubydělci, se svým zaměstnáním, životní úroveň se mu zvýšila, je více zdravý. Vedoucí CHB však vidí stále nedostatky v oblasti materiálního pohodlí – financí. Uživatel není schopen hospodařit s penězi a občas si někde nadělá nějaký dluh. Také stále potřebuje pomoc asistentek v oblasti sebeurčení, při vyřizování osobních záležitostí na úřadech. Přesto se domnívá, že se uživatel osamostatnil.

„ Určitě, přeci jenom tady když bydlel, v tom velkém kolektivu, tak že jo, to každého člověka, když je v nějakém větším kolektivu, nějaký prostě hluk, tak každého člověka to musí znervozňovat. Kdežto oni na tom bytě mají svůj klid, dodržují si takovýty svoje rituály, které člověk dodržuje i ve svém bytě.“

Vedoucí CHB

„ Tady to mám lepší, tady se mám víc dobře.“

Uživatel V.

Slečna H.

Citové pohodlí: Uživatelka, stejně jako její výše zmínění přátelé, vidí velkou změnu v tom, že je nyní více volná. Uvedla, že se svým životem je spokojena, ale že byla spokojena i za života v ústavu. Asistentka z CHB si však myslí, že se u ní tento pocit střídá i s pocitem, že by vše chtěla jinak. Uživatelka sama uvádí, že by chtěla na svém životě změnit oblast týkající se partnerských vztahů – chtěla by si najít přítele „z venku“ a jít s ním bydlet do jiného bytu. Asistentka také uvedla, že by si uživatelka chtěla najít přítele.

Mezilidské vztahy: V této oblasti je z rozhovorů patrné, že uživatelka má okolo sebe přátele a osoby, o které se může opřít, a jsou jí oporou. Uvedla, že za pobytu v ústavu byla spokojená s lidmi okolo sebe, ale také se stávalo, že přišly chvíle, kdy se neměla na koho obrátit. Uživatelka měla v minulosti několik známostí. Nejdelší trvala 8 let, ale vztah skončil hádkou. Jednalo se o známost, se kterou bydlela na CHB v Bystřici nad Úhlavou. V současné době žádného přítele nemá, ale má kamaráda, se kterým jezdí na výlety, plavání nebo chodí na vycházky. V bytě na CHB bydlí sama – to bylo také jejím požadavkem, když se sem stěhovala. Nyní by však chtěla bydlet se svou kamarádkou. Asistentka uvedla, že si myslí, že by uživatelka chtěla bydlet s partnerem, ale že si na druhou stranu velice dobře uvědomuje, že zde k tomu nejsou tak velké prostory. Mluví tak o tom, že by chtěla bydlet někde ve větším domečku. Jako nezdár ve svém osobním životě vidí uživatelka ve faktu, že se jí nedaří najít partner. Asistentka si naopak myslí, že se jí v osobním životě vše daří.

Materiální pohodlí: Uživatelka v současné době pracuje jako obsluha v pekařství U mlsného anděla, dělá masáže a se svými zaměstnáními je spokojená. Naopak asistentka

tvrdí, že se spokojeností je to, jak kdy. Dle ní má uživatelka vlny, kdy chce odcházet, ale poté zase přijdou vlny, kdy ne a je spokojená. Uživatelka si prý velice dobře uvědomuje, že je ve své práci dobrá a nadřízení jsou s ní spokojeni. Asistentka a uživatelka se shodují, že se jí zvýšila životní úroveň. Uživatelka uvedla, že v ústavu neměla vše, co by chtěla.

Osobní vývoj: Uživatelka v současné době dochází do školy, sice méně než dříve, ale stále. Chtěla by se dále vzdělávat v masážích – přála by si absolvovat další masážní kurz. Asistentka se domnívá, že uživatelka je co se týče vzdělávání stále na stejné úrovni a že na co mohla dosáhnout, již dosáhla.

Tělesné pohodlí: Uživatelka se v současné době cítí po zdravotní stránce dobře. Uvedla, že za pobytu v ústavu ji trápily stejné zdravotní obtíže – je po operaci žil, ale dle asistentky se po ní situace uklidnila. Uživatelka si sama zajišťuje stravu – sama si nakoupí a uvaří, co má ráda. O víkendech si buď uvaří sama, nebo společně s asistentkami. Asistentka se domnívá, že co se týče stravy, tak si uživatelka pomohla a stravuje se teď lépe než za pobytu v ústavu. Jelikož uživatelka provádí masáže v areálu DOZP Stod zvýšila se jí pohybová aktivita – několikrát za den absolvuje trasu z bydliště do areálu a zpět. Ve volném čase také jezdí na kole a dochází na pilates.

Sebeurčení: Uživatelka má tendence se ve všem rozhodovat sama. Poradit se přijde, ale většinou již má svůj názor a jde si za ním. Asistentka se domnívá, že po přechodu do CHB se uživatelka více osamostatnila a dokáže si zařídit více osobních záležitostí. Z uživatelů žijících na CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě se dokáže nejvíce ozvat a vznést připomínku nebo názor.

Sociální začleňování: Uživatelka je velmi společenská a ráda se účastní kulturních akcí. Dle asistentky zapadla do komunity a dochází teď u ní k více přirozeným setkáním než dříve. Dále uvedla, že organizovaným setkáním, kde je více uživatelů a z více oddělení se vyhýbá. Obě se shodují, že se uživatelka v novém bydlišti cítí dobře a že se u ní přestěhováním do města zvýšila kvalita života jako taková.

Práva: Uživatelka si je vědoma svých práv a povinností. V současné době je členkou etické komise, takže se o tuto oblast zajímá. Asistentka uvedla, že s uživatelkou občas narazí na to, že si uvědomuje, že jsou jí společností upírána práva. Sama uživatelka na tuto otázku odpověděla, že ano a že by si chtěla hospodařit s penězi a vdát se. Přesto však uznává, že omezení způsobilosti k právním úkonům je dobře, protože vlastně umí jen trochu počítat.

Vidí tak kladnou stránku věci ve vztahu s financemi. Naopak zápor ve vztahu s uzavřením manželství a mít vlastní dítě.

U uživatelky H. došlo ke změnám také v oblasti citového pohodlí. Cítí se více volná, více svobodná a má na CHB větší klid. Přesto uvedla, že byla spokojená i za pobytu v ústavu. K velké změně došlo v oblasti materiálního pohodlí, kdy má teď uživatelka více finančních prostředků a může si tak více dovolit – zvýšila se jí tak životní úroveň. Jinak je se svým současným životem víceméně spokojená – má lepší bydlení, začlenila se do místní komunity, stravuje se lépe (zajišťuje si sama), má více tělesného pohybu, sama se rozhoduje, více se osamostatnila, dokáže si nyní vyřídit více osobních záležitostí. Je zjevné, že se její kvalita života po přechodu do služby CHB zlepšila.

„ Životní úroveň. Určitě, řekla bych, že ona tu má ze všech nejvyšší úroveň. Tím, že si přivydělává na těch masážích, tak si může leccos. Pro ni je důležité, aby si mohla koupit parádu, aby si mohla zajet někam na výlet, aby kupovala morčeti dobroty. Takže já bych řekla, že v tomhle tom je spokojená a že jí to vyhovuje. A že takhle to vždycky chtěla. Jo a hlavně ty peníze, že jo, ona vždycky dostala jakoby přidané od soudu peníze. To vždycky chtěla na ruku a chtěla jich mít víc. To se jí jako splnilo a že v tom určitě cítí nějaký posun.“

Asistentka z CHB sociálně terapeutického centra ve Stodě

„ Ne. Chybělo mi tam, sama na výlety jsem nemohla. Chybělo mi, jako vařili jsme tam, to jako jo. Ale nemohli jsme na vycházky. Teda na vycházky jo, ale na výlety sami ne. Neměla jsem moc klid.“

Uživatelka H.

Pan L.

Citové pohodlí: Uživatel se vyjádřil k této oblasti stejně, jako jeho výše zmiňovaní přátelé – největší posun vidí ve větší svobodě a volnosti. Oceňuje především to, že zde má více klidu a ticha. Dále to, že v ústavu měl vycházky jen do 20:00, ale na chráněném bydlení si přijde domů, kdy on uzná za vhodné. Asistentka se domnívá, že ústav uživatele naučil tomu, že má být spokojený a vděčný skoro za všechno. Také uvedla, že mu ke spokojenosti stačí strašně málo. Uživatel je se svým životem spokojený a nic by prý neměnil. Naproti

tomu asistentka uvedla, že si myslí, že by se měl uživatel méně pohybovat po restauračních zařízeních a méně užívat alkohol.

Mezilidské vztahy: Uživatel je v současné době spokojen se svým okolím a přáteli, uvedl však, že za pobytu v ústavu tomu tak nebylo. V oblasti partnerských vztahů uživatel i asistentky shodně uvedly, že neměl a ani v současné době nemá přítelkyni. Asistentka dle svých slov nemá pocit, že by uživatel potřeboval vedle sebe ženu. Domnívá se, že mu „staromládenecký život“ vyhovuje. Na chráněném bytě bydlí se svým kamarádem. Vyjádřil se, že kdyby to šlo, chtěl by zde bydlet s uživatelem B., se kterým bydlel při svém prvním pobytu na chráněném bydlení v Holýšově. Asistentka si však myslí, že uživatel je se svým současným spolubydlícím spokojený, i když se občas objeví nějaké neshody. Uživatel necítí žádný nezdár v osobním životě. S tímto názorem asistentky nesouhlasí – osobní nezdár v uživatelově životě vidí v konzumaci alkoholu.

Materiální pohodlí: Uživatel v současné době pracuje v pekárně, kde je dle svých slov spokojený. Dříve pracoval v ústavní kuchyni. Práci tam hodnotí jako „honičku“, ale s dobrou partou. Dle asistentky má uživatel svou práci velmi rád a po úrazu velmi svědomitě rehabilitoval, aby mohl do práce nastoupit co nejdříve. Uživatel se domnívá, že jeho životní úroveň je dobrá a že má k životu vše, co potřebuje. Asistentka se domnívá, že by jeho úroveň mohla být ještě vyšší, kdyby se snažil.

Osobní vývoj: Uživatel se v současné době nijak nevzdělává, i když by dle svých slov rád chtěl. Uvedl, že dříve do školy chodil. Počty mu jdou, ale chtěl by se zdokonalit v psaní a čtení. Asistentky uvedly, že uživatel je spíše manuálně velmi zručný a že si nemyslí, že by se chtěl nadále vzdělávat.

Tělesné pohodlí: Uživatel se po zdravotní stránce cítí dobře. Dle svých slov omezil konzumaci piva a snaží se jej přestat konzumovat úplně. V loňském roce prodělal po úrazu operaci – stále ho bolí občas noha a záda, ale jak sám uvedl „snažím se to rozchodit“. Asistentky uvedly, že se uživatel necítí dobře, občas přiznává bolesti a že má strach, aby nepřišel o zaměstnání. Uživatel stále odebírá obědy z DOZP Stod a snídaně, svačiny a večere si zajišťuje sám. Myslí si, že se stravuje dobře, nakupuje si ovoce, protože si je vědom toho, že potřebuje vitamíny. Asistentka je však toho názoru, že je uživateli jedno, co konzumuje a nakupuje si stále stejné věci, které měl k jídlu i v ústavu – saláty, salámy, apod. Uživatel před úrazem i za pobytu v ústavu jezdil na sportovní hry do Tloskova. Je si vědom toho, že nyní už nebude moci hrát fotbal, ale přehazovanou ano. Asistentky uvedly,

že si uživatel má stejně pohybu jako dříve. Je však na uživateli znát, že po úraze když někam jít nemusí, tak nejde.

Sebeurčení: Uživatel má tendence se rozhodovat sám. Uvedl, že když potřebuje radu, tak si dojde za asistentkami a ty mu pomohou. Asistentky tento názor nesdílejí – uživatel se prý moc neradí, ale dá hodně na názor svého kamaráda, uživatele B. Asistentka se domnívá, že uživatel nijak nepokročil v oblasti vyřizování si osobních záležitostí. Pokud potřebuje vyřídit nějakou osobní záležitost, tak spíše přijde za asistentkami.

Sociální začleňování: Uživatel se stejně jako za pobytu v ústavu účastní kulturních akcí, dokonce prý nyní více. Rozdíl vidí v tom, že nyní si může přijít domů, kdy chce. Asistentky jsou jiného názoru. Uživatel prý na kulturní akce už moc nechodí a domnívají se, že je uživatel vnímá, jako zbytečný finanční výdaj. Uživatel se dobře začlenil do místní komunity. Sousedé v domě s ním nemají problémy a vycházejí s ním. Asistentky i uživatel se shodují, že se nyní v novém bydlišti cítí příjemněji.

Práva: Uživatel se dle slov nikdy nezajímal o to, jaká má práva a povinnosti. Práva a povinnost v práci a toho, jak se má chovat v rámci DOZP a chráněného bydlení, si je vědom. Uživatel i asistentky se shodují, že na sobě nepocítuje upírání některého z lidských práv a okolí se k němu chová normálně. Uživatel uvedl, že využívá možnosti nechávat si část peněz u asistentek, aby všechny hned neutratil. Dále uvedl, že je mu jedno, že je částečně omezený ve způsobilosti k právním úkonům.

Uživatel L. pocítuje, stejně jako ostatní dotazovaní uživatelé, největší posun v oblasti citového pohodlí. Uživatel se cítí více svobodný, a jak sám v rozhovoru často uváděl, je více volný a může si domů přijít, kdy chce. Je spokojen se svým okolím, prací, přáteli a nic by na svém životě neměnil. Asistentka uvedla, že se uživatel spokojí s málem a že je nenáročný. Ve všech oblastech uživateleova života, na které jsem se dotazovala, docházelo k rozporuplným výpovědím uživatele a asistentek. Uživatel je se svým životem a tím, jak jej vede spokojený. Asistentky si naopak myslí, že by se mohl mít lépe, kdyby se snažil. Kvalita života se uživateli po přestěhování do chráněného bydlení dle názoru asistentek nezvýšila. Dále uvedly, že uživatel určitě bude jiného názoru, protože chápání kvality života je velmi subjektivní a uživatel je nenáročný.

„ No, je lepší bydlet na chráněném bydlení, protože to v ústavu není, tam není taková volnost. My měli vycházky třeba do 8 a musel jsem se do 8 vrátit. “

„ No, víc jsem v klidu než, když jsem bydlel v ústavu. Tady je i víc ticho.“

Uživatel L.

„Tak on se docela na to stěhování do toho bytu těšil. Že jo, on už vlastně předtím bydlel v Holýšově a kvůli nějakým problémům s alkoholem byl zase zpátky daný na výchovné chráněné. Ale já mam pocit, že L. jakoby je podobnej typ jako F., že by jako výrazně projevoval nespokojenost, že by si za něčím cíleně šel to jako ne. On je takový, ten ústav ho naučil tomu, že jsem spokojený a vděčný skoro za všechno.“

Asistentka ze Sociálně terapeutického centra Stod

7.6 SHRNUÍ VÝZKUMU

Z výzkumných metod, které jsem použila, vyplývá, že víceméně u všech vybraných uživatelů došlo ke změnám v kvalitě života po přestěhování do chráněného bydlení. Jednalo se především o změny v oblasti Citového pohodlí, kdy uživatelé shodně uváděli, že se nyní cítí lépe, jsou více volní, svobodní a cítí se příjemněji. Dále pak v oblasti Sociálního začleňování. Uživatelé se v nových bydlištích začlenili do místní komunity, našli si zde přátele a účastní se místních kulturních akcí. Další z oblastí, kde u většiny uživatelů došlo ke změnám, je oblast Tělesného stavu. Uživatelé jsou v současné době méně nemocní a nemusejí často navštěvovat lékaře. Domnívám se, že tento fakt je způsoben skutečností, že uživatelé již nežijí v tak velkém kolektivu osob, kde se rychle přenášejí infekční onemocnění. Dalším faktorem je podle mě také skutečnost, že uživatelé se cítí více v pohodě, mají více klidu a nedochází tak k psychosomatickým projevům způsobeným stresem. Uživatelé mají také více tělesného pohybu a stravují se lépe. V neposlední řadě došlo u některých z uživatelů v oblasti Materiálního pohodlí. Uživatelé během 3 let od přechodu změnili zaměstnání a nyní všichni pracují buď v provozu pekárny, nebo k němu přidruženému pekařství. U většiny uživatelů se tak zvýšila životní úroveň. Oblast, ve které se nic nezměnilo a zůstává stále stejná, je oblast Práva. Uživatelé jsou i nadále částečně omezeni ve způsobilosti k právním úkonům.

Tabulka 1- +/-změna k lepšímu; -/změna k horšímu

	Citové pohodlí	Mezilidské vztahy	Materiální pohodlí	Osobní vývoj
Uživatel F.	+ v celé oblasti	+ v oblasti spokojenosti s okolím a přáteli	Beze změn ale zvýšila se životní úroveň	Beze změn
Uživatel B.	+ v celé oblasti	- uživatel se začlenil do komunity, která má tendence jej využívat; hádky s kamarádkou	+ má nyní vše, co potřebuje; životní úroveň se zvýšila	Beze změn
Uživatel V.	+ v celé oblasti	+ v oblasti spokojenosti se svým okolím a přáteli	- I + problémy s hospodařením s penězi; životní úroveň se zvedla	Beze změn
Uživatelka H.	+ v celé oblasti	+ i - Došlo ke změnám v oblasti spokojenosti se svým okolím a přáteli; přesto však pociťuje nezdár ve skutečnosti, že si nemůže najít přítele	+ zvýšila se jí životní úroveň	Beze změn
Uživatel L.	+ v celkové oblasti	+ v oblasti spokojenosti se svým okolím a přáteli	+ i - Došlo ke změnám k lepšímu, ale životní úroveň by mohla být lepší	Beze změn

Tabulka 2 - +/změna k lepšímu; -/změna k horšímu

	Tělesné pohodlí	Sebeurčení	Sociální začleňování	Práva
Uživatel F.	+ v oblasti zdraví a pohybu	Beze změn	+ začlenění se do místní komunity	Beze změn částečné omezení způsobilosti k právním úkonům
Uživatel B.	+ v celé oblasti (zdraví, stravování, pohyb)	+ v oblasti samostatnosti	+ v celé oblasti	Beze změn částečné omezení způsobilosti k právním úkonům
Uživatel V.	+ v celé oblasti	+ a beze změn v oblasti samostatnosti a vyřízení si návštěvy u praktického lékaře; stále však je nutná pomoc při vyřizování osobních záležitostí	+ v celkové oblasti	Beze změn částečné omezení způsobilosti k právním úkonům
Uživatelka H.	+ v oblasti stravy a pohybu	+ v oblasti samostatnosti	+ v celé oblasti	Beze změn částečné omezení způsobilosti k právním úkonům
Uživatel L.	- v oblasti zdraví – je po úrazu a stále má bolesti	Beze změn	+ v celé oblasti	Beze změn částečné omezení způsobilosti k právním úkonům

ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo popsat a analyzovat problematiku změn v kvalitě života vybraných uživatelů po 3 letech od přechodu ze služby Domov pro osoby se zdravotním postižením do služby Chráněné bydlení.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na popis instituce, institucionalizace, transformace, deinstitutionalizace, plánování zaměřeného na člověka a kvality života jako takové. V kapitole o kvalitě života jsem se navíc zaměřila na popsání jejích jednotlivých oblastí – rodina, sociální skupiny, práce a profesní rozvoj, zdraví, volný čas. Dále jsem popisovala samotný proces transformace v DOZP Stod.

V praktické části jsem vymezila, jaký druh výzkumu jsem zpracovávala (kvalitativní), cíl výzkumu, výzkumný problém a výzkumné metody. Myslím si, že se mě v rámci možností a získaných dat podařilo tyto věci a cíle představit a naplnit. Výzkum jsem realizovala v areálu DOZP Stod, na CHB ve Stodě a Holýšově a v Sociálně terapeutickém centru Stod. Z výzkumu vyplynulo, že za 3 roky po přestěhování do CHB došlo ke změnám v oblastech kvality života uživatelů. Zejména pak v oblasti Citové pohodlí, Tělesného stavu, Sociálního začleňování a Materiálního pohodlí. Naopak k žádným změnám nedošlo v oblasti Práva.

Při zpracování diplomové práce jsem se ještě více utvrdila v názoru, že transformace sociálních služeb, která v současné době probíhá v DOZP Stod je velkým a dobrým krokem ke zlepšení kvality života uživatelů. Jedná se sice o proces pomalý a náročný, přináší však ovoce v podobě šance udělat uživatele šťastnější a nabídnout jim lepší život. Pracovníky DOZP Stod obdivuji za snahu, elán, zapálení, trpělivost a chtít „změnit svět“. Uživatele pak za pevnou vůli a snahu žít lépe a jinak než byli zvyklí.

Doufám, že moje diplomová práce poslouží, jak lidem, kteří se o problematiku zajímají a studují ji, tak i lidem z široké veřejnosti, kteří neměli doposud o problematice žádné informace, anebo měli, ale zkreslené a neúplné. Myslím si, že má práce obsahuje informace, které lze použít při osvětě a rozšiřování povědomí o osobách s mentálním postižením, transformaci sociálních služeb a o dopadu, jaké má na životy těchto osob.

Zpracování diplomové práce mě obohatilo o další znalosti a poznatky v problematice osob s mentálním postižením. Ty zajisté využiji v další spolupráci s těmito lidmi a i ve smýšlení o budoucnosti mé sestry.

RESUMÉ

Diplomová práce je zaměřena na problematiku změn v kvalitě života uživatelů DOZP Stod po 3 letech po přechodu ze služby Domov pro osoby se zdravotním postižením do služby Chráněné bydlení. Práce popisuje oblasti spojené s touto problematikou – instituce, institucionalizace, transformace (cíle, historie, financování, překážky), deinstitucionalizace, plánování zaměřené na člověka (individuální plánování), kvalita života (faktory, přístupy, modely a měření) a transformace v DOZP Stod. Výzkum byl realizován v areálu DOZP Stod, Sociálně terapeutickém centru Stod, na chráněném bydlení v Holýšově a ve Stodě. Tento výzkum byl zaměřen na zjištění změn v kvalitě života uživatelů po 3 letech od přechodu z DOZP do CHB. Pro realizaci výzkumu byla použita metoda analýzy dokumentů, případové studie a polostrukturované rozhovory, jak s uživateli, tak se zaměstnanci DOZP. Z výzkumu vyplývá, že ke změnám v kvalitě života uživatelů došlo zejména v oblasti Citového pohodlí, Sociálního začleňování, Tělesného stavu a Materiálního pohodlí. Naopak k žádným změnám nedošlo v oblasti Práva.

SUMMARY

This thesis is focussed on the issue of changes in the life quality of DOZP Stod clients after three years from the transmigration from the service home for people with disabilities (DOZP is the Czech abbreviation) to the service sheltered housing. The thesis describes domains which are joined to that issue – institution, institutionalization, transformation (targets, history, funding, barriers), deinstitutionalization, (individual) planning centered on the person, life quality (factors, approach, models and measurement) and the transformation of DOZP Stod. The research was realised in the area of DOZP Stod in the Social therapeutic center Stod in sheltered housing in the city of Holýšov and Stod. This research was aimed to detect changes in the quality of client`s life after three years from transmigration from DOZP to sheltered housing. For the realisation of this research the author used methods like the analyses of documents, case studies and the half-structured interviews in the cooperation with clients and employees of DOZP. The information which results from this research are that changes in the clients`s life quality are detectable in the sphere of Emotional comfort, Social integration, Physical condition and Material comfort. No changes were founded in the sphere of Law.

SEZNAM LITERATURY

1. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČR. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011. ISBN: 978-80-904668-1-4.
2. BUCHTOVÁ, Božena. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.
3. DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN: 80-86973-08-5.
4. FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
5. HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník: archetyp, biofeedback, denní snění, fobie, charisma, chování, komplex, mediace, neuron, obsese, počítačová simulace, porucha nálady, psychoanalýza, syndrom vyhoření, terapie, životní cesta*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
6. HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
8. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2012. ISBN: 978-80-7419-106-0.
9. HOLEČEK, Václav a Jana, MIŇHOVÁ. *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2007. ISBN 978-80-7380-065-9.
10. CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: Quip – společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
11. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
12. JOHNOVÁ, Milena. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?*. Quip - společnost pro změnu, 2005.
13. JOHNOVÁ, Milena. Plánování zaměřené na člověka. In: *Metodika pro účastníky vzdělávacího programu Individuální posuzování schopností a možností uživatelů*. Praha:

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012, s. 14. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb.

14. KRUTILOVÁ, Dagmar, Pavel ČÁMSKÝ a Jan SEMDNER. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 97-80-262-0027-7.

15. MACHOVÁ, Jitka. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

16. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

17. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

18. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

19. MUŽÍK, Jaroslav. *Koncept rozvoje celoživotního vzdělávání*. Olomouc, 2004. Habilitační práce. Univerzita Palackého v Olomouci.

20. MYNAŘÍKOVÁ, Markéta. *Adaptabilita osob s mentálním postižením v DOZP Stod.* Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce PhDr. Josef Slowík, Ph D.

21. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6.

22. NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Manuál transformace ústavů: deinstitucionalizace sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0.

23. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-2959-6.

24. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.

25. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

26. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

27. SOKOL, Radek a Věra TREFILOVÁ. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Aspi, 2008. ISBN 978-80-7357-316-4.
28. SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.
29. VÁVROVÁ, Soňa. *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením*. *Sociální práce*. 2010, roč. 10, č. 4.
30. WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3920-5.

SEZNAM PRAMENŮ

- [1] Česká Republika. KRITÉRIA TRANSFORMACE, HUMANIZACE A DEINSTITUCIONALIZACE VYBRANÝCH SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE. In: *Příloha č. 01b*. 2011. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11030/P01b_251011.pdf
- [2] Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2013 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>
- [3] Národní centrum: podpory transformace sociálních služeb. *Trass* [online]. 2011 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/>
- [4] Policy. European Network on Independent Living: *Nothingaboutuswithoutus!* [online]. 2013 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.enil.eu/policy/>
- [5] Review of quality of life project management. In: *Chief Review Services Chef - Service d' examen* [online]. Canada, 2004 [cit. 2014-03-15]. Dostupné z: <http://www.crs-csex.forces.gc.ca/reports-rapports/pdf/2004/P0235-eng.pdf>
- [6] *Domov pro osoby se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://www.dozpstod.eu>
- [7] Domov pro osoby se zdravotním postižením ve Stodu zahájil investiční část 1. etapy transformace. In: *Plzeňský kraj: portál nejen pro občany Plzeňského kraje* [online]. 2011 [cit. 2014-03-14]. Dostupné z: <http://portal.kr-plzensky.cz/article.asp?itm=42845>
- [8] *Pro změnu: Sborník z konference Praha 1. - 2. října 2009*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 2010. ISBN 978-80-903921-1-3. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/015/001838.pdf>
- [9] KOŘÍNKOVÁ, Dana. Překážky transformace ústavní péče. In: *Quip - společnost pro změnu* [online]. 2008 [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf>
- [10] MYNAŘÍKOVÁ, Markéta, Kateřina KONOPÍKOVÁ a Pavlína FILIPPOVÁ. Transformace pobytových služeb v České republice. In: *Sociální revue* [online]. 2013 [cit. 2014-03-17]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/transformace-pobytovych-sluzeb-v-ceske-republice>

[11]*Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2014-03-14]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz>

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

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1..... 64

Tabulka 2..... 65

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1.....	31
-------------	----

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – otázky polostrukturovaného rozhovoru s uživateli

Příloha č. 2 – otázky polostrukturovaného rozhovoru se zaměstnankyněmi

Příloha č. 1

Citové pohodlí – spokojenost

1) Jak jste spokojen se svým životem?

-> se svým životem jsem spokojen a nic mi v životě nechybí

-> se svým životem jsem spokojen, ale občas mám pocit, že by mohl být lepší

-> se svým životem nejsem spokojen

2) Byl jste spokojen se svým životem, když jste bydlel v ústavu?

-> Ano, se svým životem jsem byl spokojen.

-> Se svým životem jsem byl spokojen, ale občas nebyl takový, jaký bych si ho představoval.

-> Ne, se svým životem jsem nebyl spokojen.

3) Co si představíte, když se řekne spokojenost? / Co se skrývá pod pojmem spokojenost?

4) Jaké jsou podle Vás rozdíly mezi bydlením v ústavu a na chráněném bydlení?

Nebo v čem vnímáte rozdíly mezi bydlením v ústavu a na chráněném bydlení?

5) Myslíte si, že by se ve Vašem současném životě mělo něco změnit?

-> ne, nemyslím, jsem se svým současným životem spokojen

-> jsem celkem spokojen se současným životem, ale nějakou změnu by to asi chtělo

-> současný život mě neuspokojuje, chtěl bych ho změnit

6) Myslíte si, že jste nyní vyrovnanější, než když jste bydlel v ústavu? (např. méně se rozčiluji, apod.)

-> jsem vyrovnanější než dříve

-> nevím, jak v čem a jak kdy

-> myslím si, že jsem stále stejný a nic se nezměnilo

Mezilidské vztahy – interakce, vztahy

1) Jste spokojen se svým okolím a svými přáteli?

- > Mám okolo sebe osoby, které mám rád, a na které se můžu kdykoli obrátit.
- > Mám okolo sebe osoby, které mám rád, ale ne vždy se na ně můžu obrátit.
- > Nemám okolo sebe nikoho, koho mám rád a na koho se mohu kdykoli obrátit.

2) Když jste bydlel v ústavu, byl jste spokojen se svým okolím a svými přáteli?

- > Ano, měl jsem okolo sebe osoby, které jsem měl rád a na které jsem se mohl kdykoli obrátit.
- > Měl jsem okolo sebe osoby, které jsem měl rád, ale ne vždy jsem se na ně mohl obrátit.
- > Ne, neměl jsem okolo sebe nikoho, koho bych měl rád a na koho bych se mohl obrátit.

3) Když jste šel bydlet do tohoto bytu, vybíral jste si, s kým zde budete žít?

- > Ano, mohl jsem si vybrat.
- > Ano mohl, ale personál zařízení mi pomohl s výběrem.
- > Ne, nemohl jsem si vybrat.

4) Chtěl byste nyní bydlet s někým jiným?

- > Ano.
- > Nevím.
- > Ne

5) Když jste bydlel v ústavu, mohl jste si vybrat, s kým budete bydlet na pokoji?

- > Ano, mohl jsem si vybrat.
- > Ne, nemohl jsem si vybrat.

6) Máte v současné době přítelkyni?

- > Ano, mám.
- > Ne, nemám.

7) Když jste bydlel v ústavu, měl jste přítelkyni?

-> Ano, měl.

-> Ne, neměl.

8) Je něco, co se Vám v osobním životě nedaří?

-> Ano, jsou věci, které se mi v životě nedaří. – uveďte co.

-> Nevím.

-> Ne, vše se mi v životě daří.

9) Myslíte si, že i když jste bydlel v ústavu, tak že se Vám v osobním životě něco nedařilo?

-> Ano, i tehdy byli věci, které se mi v osobním životě nedařili – uveďte co.

-> Nevím, myslím, že je vše stejné.

->Ne, vše se mi dařilo i tehdy.

Materiální pohodlí – zaměstnání, majetek

1) Jste v současné době zaměstnán?

-> Ano, jsem zaměstnán.

-> Ne, nejsem zaměstnán.

2) Jste se svým zaměstnáním spokojen?

-> Ano, jsem se svým zaměstnáním spokojen.

-> Jsem i nejsem, občas mi na mém zaměstnání něco vadí.

-> Ne, nejsem se svým zaměstnáním spokojen.

3) Byl jste před Vaším současným pracovním poměrem již někde zaměstnán?

-> Ano, byl jsem již zaměstnán - kde?

-> Ne, nebyl jsem nikde zaměstnán.

4) Byl jste spokojený i s tímto zaměstnáním?

-> Ano, byl jsem spokojen.

-> Nevím, občas mi něco vadilo i na mém minulém zaměstnání.

-> Ne, nebyl jsem se svým zaměstnáním spokojen.

5) Jak byste hodnotil svou životní úroveň – máte vše, co potřebujete?

(dostatek peněz, stravy, přátel, možností, zálib, pro Vás odpovídající bydlení?)

-> Ano, mám vše, co potřebuji.

-> Nevím, občas mi něco chybí, nebo mám něčeho nedostatek, ale i přesto jsem spokojený.

-> Ne, nemám vše, co potřebuji.

6) Když jste bydlel v ústavu, měl jste stejnou životní úroveň- měl jste vše, co jste potřeboval?

-> Ano, měl jsem vše, co jsem potřeboval.

-> Nevím, občas mi něco chybělo, ale i přesto jsem byl spokojený.

-> Ne, neměl jsem vše, co jsem potřeboval.

7) Myslíte si, že se Vám životní úroveň zvýšila – máte teď více prostředků, přátel, možností, zálib, lepší bydlení?

-> Ano, moje životní úroveň se zvýšila. Mám teď všeho více, než jsem měl za pobytu v ústavu.

-> Nevím.

-> Ne, myslím si, že se moje životní úroveň nezvýšila.

Osobní vývoj – stav podle vzdělání, osobní způsobilost

1) Chodíte v současné době do školy?

-> Ano, v současné době chodím do školy - kam?

-> Ne, nechodím v současné době do školy.

2) Chodil jste i dříve do školy?

-> Ano, i dříve jsem chodil do školy - kam?

-> Ne, dříve jsem nechodil do školy.

3) Chtěl byste se dále učit a vzdělávat?

(v jaké oblasti nebo oboru?)

-> Ano, chtěl bych se dále vzdělávat.

-> Nevím, nepřemýšlel jsem nad touto možností.

-> Ne, nechci se dále vzdělávat.

4) Myslíte si, že teď máte více možností vzdělávat se?

-> Ano, myslím si, že ano.

-> Nevím.

-> Ne, myslím si, že ne.

Tělesné pohodlí – zdravotní stav, stav podle výživy

1) Cítíte se v současné době po zdravotní stránce dobře?

-> Ano, cítím se dobře.

-> Ano i ne, někdy je mi dobře, někdy je mi hůře.

-> Ne, necítím se dobře.

2) Máte problémy se zdravím?

-> Ano, mám problémy se zdravím

-> Ne, nemám problémy se zdravím.

3) Když jste bydlel v ústavu, měl jste problémy se zdravím?

-> Ano, měl jsem také problémy se zdravím.

-> Ne, neměl jsem problémy se zdravím.

4) Když jste bydlel v ústavu, trápily Vás stejné zdravotní obtíže, jako v současné době?

-> Ano, trápily.

-> Ne, netrápily.

5) Navštěvujete v současné době lékaře častěji než dříve?

-> Ano, v současné době navštěvuji lékaře častěji než dříve.

-> Ne, v současné době nenavštěvuji lékaře častěji než dříve.

6) Myslíte si, že jste za pobytu v ústavu navštěvoval lékaře častěji?

-> Ano, dříve jsem lékaře navštěvoval častěji.

-> Nevím, myslím si, že tak nějak stejně.

-> Ne, dříve jsem častěji k lékaři nechodil.

7) Jste více nemocný nebo chodíte pouze na pravidelné preventivní prohlídky?

-> Ano, jsem více nemocný.

-> Ne, chodím pouze na pravidelné preventivní prohlídky.

8) Účastníte se v současné době aktivně nějakých sportovních aktivi? (fotbal, plavání, cvičení)

-> Ano, účastním se aktivně nějaké sportovní aktivity. – jaké?

-> Ne, neúčastním se.

9) Pokud ano, účastnil jste se aktivně této sportovní aktivity i v době, kdy jste bydlel v ústavu?

-> Ano, účastnil.

-> Ne, neúčastnil.

10) Pokud ne, tak účastnil jste se aktivně za pobytu v ústavu nějaké sportovní aktivity?

-> Ano, účastnil. – jaké?

-> Ne, neúčastnil.

11) Myslíte si, že se nyní stravujete lépe (kvalitněji a v pro Vás lepším množství) než když jste bydlel v ústavu?

-> Ano, stravuji se teď lépe.

-> Nevím.

-> Ne, nestravuji se teď lépe.

Sebeurčení – autonomie, volby, osobní cíle

1) Myslíte si, že můžete více nyní rozhodovat o svých věcech, než v době, kdy jste bydlel v ústavu?

-> ano, určitě můžu rozhodovat více

-> částečně mohu rozhodovat

-> ne, nemohu rozhodovat více, je to stejné

2) Potřebujete při rozhodování pomoc a radu někoho jiného?

-> Ano, potřebuji pomoc a radu druhé osoby.

-> Pomoc a radu při rozhodování druhé osoby občas potřebuji.

-> Ne, nepotřebuji pomoc a radu druhé osoby.

3) Když jste bydlel v ústavu, potřeboval jste při rozhodování pomoc a radu někoho jiného?

-> Ano, i tehdy jsem potřeboval pomoc druhé osoby.

-> Nevím, myslím si, že to bylo stejné.

-> Ne, tehdy jsem nepotřeboval pomoc a radu druhé osoby.

4) Poprosíte sám někoho o radu a pomoc, když si s něčím nevíte rady?

-> Ano, sám poprosím o radu a pomoc.

-> Ne, nepoprosím o radu a pomoc.

5) Umíte se veřejně ozvat, když se Vám něco nelíbí?

(dokážete dojít za vedoucím chráněného bydlení a konzultovat s ním Vaše připomínky, nápady a potřeby?)

-> Ano, dokážu se ozvat, když se mi něco nelíbí.

-> Ne, nedokážu se ozvat, když se mi něco nelíbí.

6) Máte nějaký cíl nebo sen, kterého byste chtěl dosáhnout?

-> Ano, mám cíl nebo sen, kterého bych chtěl dosáhnout – jaký?

-> Nevím.

-> Ne, nemám žádný cíl nebo sen, kterého bych chtěl dosáhnout.

Sociální začleňování – integrace a začlenění v komunitě

1) Účastníte se zde kulturních akcí, např. pouť, koncert, posezení v restauraci?

-> Ano, účastním se kulturních akcí.

-> Ne, neúčastním se kulturních akcí.

2) Když jste bydlel v ústavu, účastnil jste se také kulturních akcí?

-> Ano, účastnil jsem se kulturních akcí.

-> Ne, neúčastnil jsem se kulturních akcí.

3) Myslíte si, že se nyní účastníte více kulturních akcí, než když jste bydlel v ústavu?

-> Ano, myslím si, že se nyní účastním více kulturních akcí.

-> Nevím.

-> Ne, neúčastním se nyní více kulturních akcí.

4) Je někdo v místě Vašeho bydliště, na koho se můžete okamžitě obrátit, když se něco stane?

-> Ano, mám se na koho okamžitě obrátit.

-> Ne, nemám se na koho okamžitě obrátit.

5) Jedná se o zaměstnance ústavu nebo o nějakého souseda, nebo kamaráda?

-> Zaměstnanec ústavu

-> Soused

-> Kamarád/ka

-> Znamý

6) Našel jste si ve Vašem novém bydlišti, nějaké přátele?

-> Ano.

-> Ne.

7) Když jste bydlel v ústavu, měl jste přátele?

-> Ano, měl jsem přátele.

-> Ne, neměl jsem přátele.

8) Cítíte se v současném bydlišti příjemněji, než když jste bydlel v ústavu?

-> Ano, cítím se v současném bydlišti příjemněji.

-> Nevím, v ústavu jsem se cítil příjemně, stejně jako teď v současném bydlišti.

-> Ne, necítím se v současném bydlišti příjemněji, než když jsem bydlel v ústavu.

Práva – lidská (respekt, důstojnost, rovnost) a zákonná (přístup a spravedlivý proces)

1) Myslíte si, že jsou Vám vzhledem k Vašemu postizení společností upírána některá lidská práva?

-> respekt

-> důstojnost

-> možnost volit

-> hospodařit neomezeně se svými prostředky

-> sňatek

2) Co si myslíte o Vašem omezení způsobilosti k právním úkonům?

Příloha č. 2

Citové pohodlí – spokojenost

1) Co si představujete pod pojmem spokojenost?

2) Co si představujete pod pojmem kvalita života?

3) Myslíte si, že je tento uživatel spokojen se svým životem?

-> Ano, je spokojen se svým životem.

-> Nevím, nedokáži posoudit.

-> Ne, není spokojen se svým životem.

- podle čeho tak usuzujete?

4) Myslíte si, že by se v jeho současném životě mělo něco změnit?

-> Ne, myslím si, že je se svým současným životem spokojen.

-> Myslím si, že je se svým současným životem spokojen, ale určitě by mu prospěla nějaká změna.

-> Myslím si, že ho současný život neuspokojuje a chtěl by ho změnit.

- podle čeho tak usuzujete?

5) Myslíte si, že je nyní vyrovnanější, než když bydlel v ústavu? (např. méně se rozčiluje, apod.)

-> Je vyrovnanější než dříve.

-> Nevím, jak v čem a jak kdy je vyrovnanější nebo nevyrovnanější.

-> Myslím si, že je uživatel stále stejný a že se u něj nic nezměnilo.

- podle čeho tak usuzujete?

Mezilidské vztahy – interakce, vztahy

1) Když se uživatel stěhoval do tohoto bytu, vybíral si, s kým zde bude žít?

-> Ano, mohl si vybrat.

-> Ano mohl si vybrat, ale personál mu pomohl s výběrem.

-> Ne, nemohl si vybrat, s kým zde bude žít.

2) Myslíte si, že by zde nyní chtěl žít s někým jiným?

-> Ano.

-> Nevím.

-> Ne.

- pokud ano/ne, podle čeho usuzujete?

3) Měl/a uživatel/ka dříve přítele/přítelkyni?

-> Ano, má.

-> Ne, nemá.

4) Má v současné době uživatel/ka přítelkyni/přítele?

-> Ano, má.

-> Ne, nemá.

5) Myslíte si, že je něco, co se v uživatelově osobním životě nedaří?

-> Ano, myslím si, že jsou věci, které se nedaří. – uvěďte co.

-> Nevím.

-> Ne, vše se mu v životě daří.

- podle čeho tak usuzujete?

6) Má uživatel okolo sebe hodně přátel a osob, které jsou mu podporou a o které se může opřít?

-> Ano, má okolo sebe hodně přátel a osob, kterého podporují.

-> Nevím.

-> Ne, nemá okolo sebe hodně přátel a osob, kterého podporují.

Materiální pohodlí – zaměstnání, majetek

1) Je uživatel v současné době zaměstnán?

-> Ano, je zaměstnán.

-> Ne, není zaměstnán.

2) Myslíte si, že je se svým současným zaměstnáním spokojen?

-> Myslím si, že je se svým zaměstnáním spokojen.

-> Nevím.

-> Ne, není se svým zaměstnáním spokojen.

- podle čeho usuzujete?

3) Byl před tímto zaměstnáním uživatel zaměstnán někde jinde?

-> Ano, byl zaměstnán.

-> Ne, nebyl zaměstnán.

- pokud ano, tak proč skončil v bývalém zaměstnání a proč je nyní v tomto?

4) Jak byste hodnotil/a uživatelovu životní úroveň? – má uživatel vše co potřebuje?

(dostatek peněz, přátel, možností, zálib, pro něj odpovídající bydlení?)

->Myslím si, že má vše potřebuje.

-> Nevím, myslím si, že jak kdy. Určitě má občas něčeho nedostatek, ale myslím si, že i tak je spokojený.

-> Myslím si, že nemá vše, co potřebuje.

5) Myslíte si, že když bydlel v ústavu, tak že jeho životní úroveň byla stejná jako nyní při pobytu na chráněném bydlení?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím.

-> Myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete?

Osobní vývoj – stav podle vzdělání, osobní způsobilost

1) Dochází uživatel v současné době do školy?

-> Ano dochází.

-> Ne, nedochází.

2) Když ještě uživatel bydlel v ústavu, docházel také do školy?

-> Ano, docházel.

-> Ne, nedocházel.

3) Myslíte si, že by se uživatel chtěl i nadále vzdělávat?

-> Ano, myslím si, že by se chtěl i nadále vzdělávat.

-> Nevím.

-> Myslím si, že ne.

- pokud ano, tak v jaké oblasti myslíte?

- podle čeho usuzujete, že by se chtěl dál vzdělávat?

4) Myslíte si, že vzdělání uživateli pomohlo a je zřetelné, co se týče zlepšení jeho kvality života?

->Ano, myslím, že ano.

->Nevím.

->Ne, nemyslím si.

- pokud ano, podle čeho, tak usuzujete?

Tělesné pohodlí – zdravotní stav, stav podle výživy

1) Má uživatel v současné době uživatel problémy se zdravím?

->Ano, má.

->Ne, nemá.

2) Když uživatel bydlel v ústavu, trápily ho stejné obtíže?

-> Ano, trápily.

-> Ne, netrápily.

3) Myslíte si, že se uživatel v současné době cítí po zdravotní stránce dobře?

-> Ano, myslím si, že ano.

-> Nevím.

-> Ne, myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete? – stěžoval si na své zdraví? Bolí ho něco?

4) Myslíte si, že se uživatel v současném bydlišti stravuje dobře, co se týče kvality potravin a množství potravin?

->Myslím si, že ano.

->Nevím.

-> Myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete? Chodíte s ním nakupovat potraviny? Odebírá obědy z ústavu?

5) Stravoval se uživatel za pobytu v ústavu lépe než nyní?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím, nemohu posoudit.

-> Myslím si, že ne.

6) Myslíte si, že má uživatel nyní více tělesného pohybu, než když bydlel v ústavu?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím, myslím si, že stejně.

-> Ne, myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete? - musí docházet na autobus? Má daleko obchod s potravinami?

7) Účastní se v současné době uživatel aktivně nějaké sportovní aktivity? (fotbal, plavání, cvičení, atletika)

-> Ano, účastní se.

-> Ne, neúčastní se.

8) Účastnil se uživatel aktivně nějaké sportovní aktivity, i za doby, kdy bydlel v ústavu?

-> Ano, účastnil se.

-> Ne, neúčastnil se.

Sebeurčení – autonomie, volby, osobní cíle

1) Potřebuje uživatel při rozhodování pomoc a radu někoho jiného?

-> Ano, potřebuje.

-> Občas potřebuje pomoci někoho jiného, ale ne pořád.

-> Ne, nepotřebuje pomoc druhé osoby.

2) Myslíte si, že se uživatel více osamostatnil po přechodu na chráněné bydlení?

-> Ano, určitě se více osamostatnil.

-> Nevím.

-> Ne, více se neosamostatnil.

- pokud ano, z čeho usuzujete? – dojde si sám na nákup? Zajišťuje si péči o domácnost sám?

3) Myslíte si, že si v současné době dokáže uživatel vyřídit více osobních záležitostí, než když bydlel v ústavu?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím, i v současné době mu stále musíme více pomáhat.

-> Myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete? - tyto úkony jste předem natrénovali a nyní je bezpečně zvládá?

4) Když se uživateli něco nelíbí, dokáže se sám nahlas ozvat a vznést připomínku?

-> Ano, dokáže se ozvat, když se mu něco nelíbí.

-> Řekl/a bych, že někdy ano a někdy ne.

-> Ne, nedokáže se ozvat, když se mu něco nelíbí.

Sociální začleňování – integrace v komunitě

1) Účastní se uživatel kulturních akcí?

-> Ano, účastní se.

-> Ne, neúčastní se.

2) Účastnil se kulturních akcí, i když bydlel v ústavu?

-> Ano, účastnil se.

-> Ne, neúčastnil se.

3) Myslíte si, že se v současné době účastní více kulturních akcí, než za pobytu v ústavu?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím.

-> Myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete? - svěřuje se Vám, kde na akci byl?

4) Myslíte si, že se uživatel dobře začlenil do komunity v místě nynějšího bydliště?

-> Ano, začlenil se.

-> Nevím, nedokážu posoudit.

-> Ne, nezačlenil se.

- podle čeho tak usuzujete? – má dobré vztahy se sousedy, zvládá chod domácnosti, domu; našel si zde přátele?

5) Myslíte si, že se teď uživatel cítí v novém bydlišti příjemněji, než když bydlel v ústavu?

-> Myslím si, že se cítí v současném bydlišti příjemněji.

-> Nevím, myslím si, že v ústavu se cítil příjemně a že v novém bydlišti také.

-> Myslím si, že se v novém bydlišti necítí příjemněji.

- pokud ano, z čeho usuzujete, nebo čím máte podložen tento názor? – má zde více volnosti, osobního prostoru, soukromí? Svěřil se Vám se svými pocity?

6) Myslíte si, že se mu přestěhováním do nynějšího bydliště zlepšila kvalita života?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím.

-> Myslím si, že ne.

- podle čeho tak usuzujete?

Práva – lidská (respekt, důstojnost, rovnost) a zákonná (přístup a spravedlivý proces)

1) Je si uživatel vědom svých práv a povinností?

-> Myslím si, že ano.

-> Myslím si, že ano, ale že si je neuvědomuje plně do důsledků.

-> Myslím si, že ne.

2) Myslíte si, že si uživatel uvědomuje, že jsou mu pro jeho postižení společností upírána některá lidská práva? – jako respekt, důstojnost, možnost volit, hospodařit neomezeně se svými prostředky, sňatek

-> Myslím si, že si tuto skutečnost uživatel uvědomuje.

-> Nevím, nelze posoudit.

-> Myslím si, že si tuto skutečnost uživatel neuvědomuje.

- pokud ano, tak v jaké oblasti si myslíte, že uživatel pocít'uje největší omezení a podle čeho tak usuzujete?

3) Myslíte si, že přesun z ústavu do chráněného bydlení měl velký dopad na kvalitu života uživatele?

-> Myslím si, že ano.

-> Nevím, nemohu posoudit.

-> Ne, myslím si, že ne.

- pokud ano, podle čeho usuzujete?