

UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Transformace sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků
v pobytových službách na Příbramsku**

**Transformation of social services from the perspective of social
workers in residential services in Pribram region**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Autor:

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D.

Filip Wágner

Praha 2018

Poděkování

Rád bych poděkoval zejména vedoucí mé diplomové práce Mgr. Tereze Cimrmannové, Ph.D. za vstřícnost, odborné vedení, připomínky a cenné rady při zpracování práce. Dále všem sociálním pracovníkům, kteří mi svou vstřícností a ochotou umožnili realizovat kvalitativní šetření.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Transformace sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků v pobytových službách na Příbramsku“ vypracoval samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

Filip Wágner

.....

Anotace

Cílem mé práce je stručně popsat proces, vývoj a cíle transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a doplnit jej o empirické kvalitativní šetření. Nejprve se zaměřuji na terminologická vymezení. Následně věnuji pozornost sociálním službám, deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb. Hlavní část mé práce je kapitola věnovaná vnímání transformace a deinstitucionalizace z pohledu sociálních pracovníků na Příbramsku.

Klíčová slova

Osoby s mentálním postižením, transformace sociálních služeb, deinstitucionalizace, chráněné bydlení, ústavní bydlení, sociální služby.

Annotation

The aim of my work is to briefly describe the process, development and objectives of transformation and deinstitutionalization of social services and to supplement it with an empirical qualitative survey. Firstly, I am focusing on terminological definitions. Then I pay attention to social services, deinstitutionalisation and transformation of social services. The main part of my work is the chapter devoted to the perception of transformation and deinstitutionalization from the perspective of social workers in Příbram.

Keywords

People with intellectual disabilities, transformation of social services, deinstitutionalization, sheltered housing, institutional housing, social services.

Obsah

Úvod	9
2 Osoby s mentálním postižením	10
2.1 Terminologické vymezení.....	10
2.1 Příčiny mentálního postižení	12
2.2 Mentální postižení dle MKN-10	13
2.3 Sociální a životní role dospělého člověka s mentálním postižením	15
2.4 Vývoj myšlení o bydlení osob s mentálním postižením.....	16
3 Charakteristika sociálních služeb	19
3.1 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.....	20
3.2 Poskytovatelé sociálních služeb	23
3.3 Chráněné bydlení versus velkokapacitní zařízení.....	24
4 Deinstitutionalizace sociálních služeb	27
4.1 Vývoj deinstitutionalizace a transformace v ČR.....	28
4.2 Cíl deinstitutionalizace v ČR	30
4.3 Právní ukotvení transformace sociálních služeb.....	31
4.4 Průběh a fáze transformace sociálních služeb	32
5 Vnímání transformace a deinstitutionalizace sociálními pracovníky na Příbramsku.....	35
5.1 Vymezení problému šetření	35
5.2 Formulace hlavní výzkumné otázky	35
5.3 Cíle a úkoly.....	35
5.4 Metody sběru dat a jejich zdůvodnění	36
5.5 Metody zpracování dat	37
5.6 Charakteristika zkoumaného vzorku	37
5.7 Metodika.....	37
5.8 Operacionalizace.....	38

5.9 Etické zásady	45
6 Výsledky a intepretace.....	46
6.1 DVO 1.....	46
6.2 DVO 2.....	49
6.3 DVO 3.....	51
6.4 DVO 4.....	53
6.5 DVO 5.....	55
6.6 Shrnutí DVO.....	57
7 Diskuse	60
Závěr	68
Seznam použité literatury	70
Seznam příloh.....	73
Abstrakt	80

Seznam zkratk

MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
IQ	Intelligenční kvocient
CNS	Centrální nervová soustava
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
HVO	Hlavní výzkumná otázka
DVO	Dílčí výzkumná otázka
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením

„Mít rád lidi a milovat lidi, to je celé tajemství a snad jediný recept na štěstí. Kdo myslí jenom na sebe, ochudí jiné o sebe, ochudí sebe o jiné, zakrní a zahyne.“

Jan Werich

Úvod

Ústředním tématem mé diplomové práce je transformace sociální služeb z pohledu odborníků, kteří působí nebo působili v pobytových službách pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku. Toto téma je momentálně velmi aktuální a stává se velkým dilematem z pohledu všech pracovníků, kteří se o sociální oblast zajímají.

V oboru sociální práce se pohybuji již šestým rokem, během těchto let jsem prošel řadou cílových skupin, od dětí po seniory. Nyní pracuji na pozici sociálního pracovníka. Konkrétně na pozici vedoucího střediska osobní asistence pro Prahu 6 a 7 v zapsaném spolku Hewer. Přesto se nejvíce zajímám o cílovou skupinu, která je hlavním tématem práce. Důvodem je má praxe v domově Svatý Jan, kterou jsem absolvoval ještě na střední škole. Atmosféra daného domova na mě zapůsobila tak, že mě tento směr pohltil. Dospěl jsem k tomu, že s touto cílovou skupinou bych rád v budoucnu pracoval. Podrobněji jsem se začal zajímat o potřeby a problematiku osob s mentálním postižením. Domnívám se, že v našem státě jsou poměrně zdárně řešena práva těchto osob, např. právo na zaměstnání, které je zaručeno všem bez ohledu na zdravotní stav, nebo právo na život ve společenství a integraci do společnosti. Vzhledem k mé praxi je stěžejním právem osob s mentálním postižením možnost určit si na rovnoprávném základě s ostatními své místo pobytu, tedy s kým a kde si klient přeje a bude žít.

Cílem mé práce je stručně popsat proces, vývoj a cíle transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a doplnit jej o empirické kvalitativní šetření. Hlavním cílem mé práce je s pomocí odborné literatury shromáždit podstatné informace a na jejich základě uvést praktická doporučení, která budou účelná v souvislosti s možnostmi osob s mentálním postižením na Příbramsku. Tato doporučení uvedu v průběhu diskuse a v závěru. Zjistím, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb. Cílem práce není analýza transformace sociálních služeb v České republice v celé její šíři. Cílem mé práce není ani reprezentativní výzkum či vědecká analýza dat.

K dílčím cílům mé práce patří zákonné ukotvení tématu. Dále vymezení pojmu mentální postižení a jeho stupně. Mezi mé další dílčí cíle patří seznámení s pobytovými možnostmi a jinými sociálními službami. V neposlední řadě doplním teoretickou kompilaci vlastním empirickým šetřením, která vychází ze světové literatury zabývající se daným tématem.

2 Osoby s mentálním postižením

V této kapitole vysvětlím základní pojmy, kterými jsou: mentální postižení, pojetí mentálního postižení, jeho příčiny, dále sociální a životní role dospělého člověka s mentálním postižením. Vysvětlení těchto pojmů dopomůže k výrazně lepšímu pochopení cílové skupiny osob.

2.1 Terminologické vymezení

V mnoha odborných člancích a publikacích se odborníci na speciální pedagogiku či na sociální práci snaží objasnit termín mentální retardace, mentální postižení či sociálně podmíněné mentální postižení. Někteří z odborníků shledávají určité rozdíly související zejména s rozsahem pojmů.

Kozáková (2005) uvádí, že sociálně podmíněné mentální postižení značí sníženou inteligenci způsobenou sociálními faktory. Mezi sociální faktory řadíme například nedostatečnou stimulaci, výchovnou zanedbanost, nepodnětné prostředí či psychickou deprivaci apod. Sociální faktory se podílejí na variaci IQ v rozmezí 10 až 20 body. Mentální postižení je používáno zejména jako zastřešující termín pro sníženou inteligenci na etiologicky rozličném podkladě. Naopak oligofrenie neboli od roku 1959 používaný termín mentální retardace je velmi těžce definovatelný termín zejména z důvodu zdůraznění hledisek a teoretických postojů různých autorů. Valenta, Müller (2003, s. 14) tvrdí, že *„mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“*

Naopak mentální postižení dle Valenty a Müllera (2003) je pojem, který se používá zejména v pedagogické dokumentaci. Pod tímto pojmem si můžeme představit označení pro všechny jedince s inteligenční hranicí pod 85. Můžeme se také setkat s mentálním postižením primárním. Jedná se o mentální retardaci vrozenou nebo získanou velmi časně, do dvou let života. Toto postižení bývá následkem orgánového poškození mozku. Pokud však dojde k poruše inteligence po druhém roce života jedince, jde již o sekundární postižení neboli demenci. Demence má v porovnání s mentální retardací ve většině případů progredující charakter. Prohlubující se symptomy a postupné zhoršování stavu jsou pro demenci charakteristické.

Vágnerová (2014) uvádí, že osobu s mentálním postižením lze definovat jako nemožnost jedince dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje intelektu, přestože k tomu byl

výchovně stimulován. Dále tvrdí (2014, s. 273), že „*mentální postižení (mentální retardace) je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit*“.

Již v letech 1500 př. n. l. lze nalézt první zmínky o mentálním postižení. V této době se však toto postižení nazývalo zaostávání či duševní zpomalení. Za příčinu označovali vážné poranění mozku či hlavy. V dnešní době se setkáváme s označením člověk s mentálním postižením, jak uvádí Lečbych (2008). A definuje (2008, s. 17) tento pojem jako „*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“.

Slowík (2007) uvádí, že pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“, což značí mysl či duši a „retardace“, která značí opoždění či zpomalení. Celý překlad by zněl „*opoždění (zpomalení) myslí*“. Zdůrazňuje, že ve skutečnosti jde u mentální retardace o podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách, a ne jenom psychické (mentální) schopnosti. Má tedy prvořadý vliv nejenom na úroveň a vývoj rozumových schopností, stejně tak se týká emocí, úrovně sociálních vztahů, komunikačních schopností, možností společenského či pracovního uplatnění atd.

Dle Slowíka (2007) je několik přístupů k definování mentálního postižení, mezi které patří například biologický, psychologický, sociální či pedagogický. Zdůrazňuje však, že nejvíce rozšířenou a snad i stále nejvýstižnější definici vydalo UNESCO poprvé v roce 1983. Dále uvádí (2007, s. 109), že „*mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti*“.

Vzhledem k tomu, že v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách nenalezneme zmínku o mentální retardaci a řada odborníků se snaží výše uvedené termíny objasnit, budu v mé diplomové práci používat pojem mentální postižení. Už jen z důvodu, že v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. nalezneme v § 3 vymezení pojmu zdravotního postižení jako mentálního a také z důvodu, že cílem mé práce není analyzovat tento terminologický rozpor. Za sebe se také z etického důvodu přikláním k používání tohoto termínu.

2.1 Příčiny mentálního postižení

Vítková (2004) uvádí, že vždy zcela přesně nelze určit příčinu mentálního postižení zejména proto, že vznik může ovlivnit velké množství činitelů. Tyto faktory Vítková (2004) rozděluje na genetické a exogenní. Mezi dědičné příčiny zahrnuje spontánní mutaci či vliv mutagenních činitelů už v zárodečných buňkách, pod čímž si můžeme představit například dlouhodobé hladovění, ozáření či chemické faktory.

Mezi exogenní příčiny řadí Vítková (2004) zejména faktory, které ovlivňují plod již během těhotenství. V prvotní fázi se jedná zejména o poškození plodu, v další fázi těhotenství jde hlavně o reakci plodu na škodlivé faktory. Následně mohou nastávat problémy přímo během porodu, kdy se děj porodu neodehrává přiměřeným způsobem a může dojít k přidušení dítěte. Mezi dalšími exogenními příčinami uvádí Vítková (2004) nedostatečnou výchovu dítěte či onemocnění a zranění různého typu.

Vítková (2004) dělí důvody mentálního postižení dle času a to na:

- 1) Prenatální
- 2) Perinatální
- 3) Postnatální

Dále je dělí na vrozené postižení, které má souvislost s určitým přerušáním, narušením či odbočením od správného vývoje CNS dítěte. To ve většině případů nastává okolo jednoho až dvou let života dítěte, ale můžeme se s ním setkat i v prenatálním či perinatálním období. Dále Vítková (2004) uvádí, že vrozené mentální postižení může být geneticky podmíněné ale i vzniklé pomocí vnějších vlivů.

Mentální postižení získané je pak označováno jako demence. Jde o zástavu dalšího vývoje či v určitých případech i o úbytek již získaných schopností. Jako příčina jsou často označována různá onemocnění mozku, například zánět mozkových blan či úrazy hlavy. Může mít vzestupný charakter, ale také se může zastavit a více se již nezhoršovat.

Zejména z málo podnětného vnějšího prostředí vzniká exogenně podmíněné narušení mentálního vývoje. Centrální nervová soustava u jedince není narušena. Jde o vadu, která se vyznačuje zejména neuspokojivě vyvinutou rozumovou schopností, řečí či schopností sociálního přizpůsobení. Můžeme jej také nazývat jako dočasné mentální postižení zejména proto, že pokud budeme jedince správně výchovně stimulovat, může se jeho mentální úroveň zlepšit.

Mezi nejčastější důvody vzniku mentálního postižení řadí Zvolský (1996):

Dědičnost: U dědičnosti může jít o důsledek kombinace dědičných dispozic rodičů či o chromozomální poruchu, kdy dochází ke změně počtu či struktury chromozomů.

Lehké mentální postižení má ve většině případů za příčinu zděděné dispozice po rodičích ve spojení s málo podnětným prostředím. Průměr rozumových schopností obou rodičů může tedy odpovídat úrovni rozumových schopností dítěte.

Sociální faktory: Nepatrný mentální deficit může být zapříčiněn také sociokulturní deprivací v sociální skupině, ve které jedinec vyrůstá, či ve výchově institucionalizované. Je zde na vině neuspokojivě podnětné prostředí, nedostatečná vzdělanost, nízké sociální vrstvy a celkově nevhodné podmínky, ve kterých jedinci žijí.

Environmentální faktory: Všechna pojetí mentálního postižení vznikají z příčiny různého onemocnění matky v průběhu těhotenství, neuspokojivé výživy během těhotenství, infekčního onemocnění jedince v průběhu prvních dvou let života, nedostačující a nekvalitní výživy či různých druhů úrazů, zejména pak hlavy apod.

Nespecificky podmíněné poruchy: Příčina mentálního postižení zde v 15–30 % případů není dostatečně objasněna.

2.2 Mentální postižení dle MKN-10

Vágnerová (2014) tvrdí, že mezi základní měřítka mentálního postižení patří rozpětí postižení poznávacích schopností, které plyne ze srovnání s celou populací. Zároveň zdůrazňuje, že mentální postižení je vymezené hranicí 70 IQ, což odpovídá 70 % normy. Odvolává se na 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí čili MKN-10, která vydefinovala stupně mentálního postižení na základě rozpětí inteligenčního kvocientu, které je charakteristické pásmu a popisu mentálních funkcí, jež jsou pro daný stupeň odpovídající. Značka F v tabulce znázorňuje základní kód pro mentální postižení v oboru psychiatrie.

Členění níže, jak uvádí MKN-10 (2009), znázorňuje užití s položkami F70 - F79 jako vyznačení rozsahu poruch chování.

- Minimální nebo vůbec žádná porucha v chování
- Významnější porucha chování, která vyžaduje léčbu nebo pozornost
- Jiné různé poruchy
- Žádná zmínka o poruše chování.

F70 Lehká mentální retardace

IQ tohoto jedince se pohybuje mezi 50 a 69. U dospělého člověka to zhruba odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Výše IQ ovlivňuje obtíže ve školní výuce. Velké množství dospělých je však schopno pracovat a úspěšně udržovat a navazovat sociální

vztahy, čímž přispívají k životu společnosti. Jedná se o: lehkou slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a debilitu, jak uvádí MKN-10 (2009).

F71 Střední mentální retardace

IQ tohoto jedince se pohybuje mezi 35 až 49. U dospělého člověka to zhruba odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Na vině je vývojové opožďení v dětství, nicméně velké množství těchto osob se dokáže vyvinout k určité soběstačnosti či nezávislosti. Mohou dosáhnout přiměřené komunikace a ovládnout školní dovednosti. V dospělém věku vyžadují různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. Jedná se především o střední mentální subnormalitu, střední slabomyslnost či imbelicitu, jak uvádí MKN-10 (2009).

F72 Těžká mentální retardace

IQ tohoto jedince se pohybuje v pásmu 20 až 34. U dospělého člověka to zhruba odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Jedná se o stav, který vyžaduje trvalou potřebu podpory. Jedná se především o těžkou mentální subnormalitu, těžkou slabomyslnost či idioimbecilitu, jak uvádí MKN-10 (2009).

F73 Hluboká mentální retardace

IQ tohoto jedince dosahuje maximální výše 20. U dospělého jedince to zhruba odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky života. Jedná se o stav, který způsobuje naprostou nesamostatnost. Je nutná pomoc při pohybu, komunikaci či hygienické péči. Jedná se především o těžkou mentální subnormalitu, hlubokou slabomyslnost či idiocii, jak uvádí MKN-10 (2009).

F78 Mentální retardace jiná

U této mentální retardace není zcela zjistiitelné, o jaký druh se jedná, jak uvádí MKN-10 (2009).

F79 Neurčená mentální retardace

Jedná se o mentální retardaci, která se nedá určit. Jedná se především o mentální deficit NS, mentální subnormalitu NS, mentální slabomyslnost NS, jak uvádí MKN-10 (2009).

2.3 Sociální a životní role dospělého člověka s mentálním postižením

V praxi jsem poznal, že dospělí jedinci s mentálním postižením řeší stejné životní otázky jako lidé zcela zdraví. Jde zejména o své rodičovské role, partnerské či profesní uplatnění v životě. K tomu, aby lidé s mentálním postižením dosáhli těchto rolí, je zapotřebí vysoká míra podpory a zejména nastavení systému celé společnosti. Projevuje se u nich nízká kvalita čtenářských dovedností, velmi nízká úroveň vzdělanosti a můžeme se setkat i s nekvalitním rodinným zázemím. Tyto nedostatky dělají z lidí s mentálním postižením hůře uplatnitelné jedince na trhu práce.

K tomu, aby byly osoby s mentálním postižením lépe začleněny na otevřený trh práce a různá pracoviště, napomáhá zejména program podporovaného zaměstnávání, který úzce spolupracuje s programem tranzit. Mezi cíle tranzitního programu patří nácvik svého zaměstnání v běžném prostředí formou praxí, podpora samostatnosti a připravenosti žáků na přijetí do opravdového pracovního poměru, jak uvádí Pančocha, Procházková, Sayoud, Solárová (2013).

Osoby s těžším stupněm postižení či s kombinovanou vadou mohou využít program chráněného zaměstnávání. Tento program zaměstnávání je přizpůsoben potřebám takto znevýhodněných osob a vytváří klidné a nestresující pracovní prostředí. Za velmi podstatnou je vnímána práce u mladých lidí s postižením, jelikož podporuje získání pracovních zkušeností, které rozvíjejí zodpovědnost, samostatnost a celkově osobní kompetence. Zaměstnání je také velice důležité pro rozvíjení a udržování sociálních kontaktů. Aby došlo ke správné socializaci u jedince s mentálním postižením a byl zařazen na trh práce, je klíčové jeho aktivní samostatné zapojení do procesu. Také je nadmíru potřebné, aby ho podporovali blízcí lidé a měl oporu v profesionálech, kteří se výborně orientují na trhu práce, jak uzavírá Lečbych (2008).

K místům, kde se mohou uplatnit lidé s mentálním postižením, patří mimo jiné sociálně-terapeutické dílny. Účelem těchto dílen je zdokonalení pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociální terapie. Mezi stěžejní cíle dílny patří důkladný nácvik péče o vlastní osobu a smysluplné trávení volného času. Získané dovednosti a schopnosti pak dotyční mohou rozvíjet například i v tréninkových kavárnách. Fungují jako běžné kavárny pro veřejnost, nicméně slouží také k poskytování sociální rehabilitace znevýhodněným lidem. Mezi dílčí cíle těchto kaváren patří rozvinout pracovní a sociální dovednosti jedince, komunikaci a myšlení. Zejména pak je to příprava na vstup do běžného pracovního prostředí, jak doplňují Pančocha, Procházková, Sayoud, Solárová (2013).

Partnerský vztah v životě jedince s mentálním postižením je spojen s překonáním řady specifických problémů. Tyto specifické obtíže souvisí s určitými představami o partnerském životě a celkovém vnímání role rodiny. Dále s reálným navazováním a realizováním vztahů, protože možnosti setkávání jsou do značné míry omezené, jak doplňují Vágnerová, Hadj-Mousová, Štěch (1999). Vágnerová (2008) dodává, že mít příležitost a možnost navázat kontakt s potenciální partnerkou, která by byla na podobné mentální úrovni, jako je on sám a měla obdobné potřeby, nemusí být vždy reálné.

Lečbych (2008) uvádí, že fixace na matku či na ostatní členy rodiny může způsobovat nechuť vytvářet partnerství s opačným pohlavím. Pokud se i přesto partnerství vytvoří, jedinec najde vhodného partnera nebo blízkou osobu, přispívá to ke zvyšování pocitu vlastní hodnoty a větší životní spokojenosti. Z důvodu toho, že osoby s mentálním postižením žijí často v homogenních zařízeních nebo dokonce v uzavřených rodinách, je tato skutečnost navázání partnerství velmi mizivá.

Dále upozorňuje na to, že se v odborné literatuře můžeme mnohdy setkat s negativními aspekty, které působí na dítě vychovávané jedincem s postižením. Velmi často se hovoří o tom, že rodič s mentálním postižením nedokáže či neumí dítě dostatečně stimulovat a že ho celkově zanedbává.

Lečbych (2008) uzavírá, že je velmi potřebné vzdělávat a trénovat budoucí i současné rodiče s mentálním postižením. Aby správně stimulovali rozvoj dítěte a napomáhali mu k rozvoji, je zapotřebí, aby se účastnili také intervenčních programů.

2.4 Vývoj myšlení o bydlení osob s mentálním postižením

Tuto kapitolu začnu ve středověku, kdy se postoj k mentálně postiženým jevil velmi nejednoznačně a pokrytecky. Osud mentálně postižených měli v rukou panovníci a feudálové. Také záleželo na sociálně-kulturním rozvoji a stavu samotné oblasti. Bylo již po době, kdy se mentálně postižené děti vyvražďovaly, nýbrž je ponechávali při životě a vykořisťovali a nechávali dělat nucené práce. Mnozí neměli své bydlení, byli na ulici a živili se jako žebráci. Neměli nikde zastání, církev je považovala za plody d'ábla, za posednuté d'ablem a pronásledovala je, jak uvádí Vančová (2005).

Určitá změna nastala s nástupem feudalismu. Dominantní se stala katolická církev, která prosazovala lásku k bližnímu. Začaly tedy počátky charitativní činnosti. I přes určitou nejednotnost v církevním prostředí vlivem například luteránů, kalvinistů, kteří považovali mentálně postižené za nečisté či zplozené d'ablem, se začaly zřizovat, možná i díky židovským scholastikům, azyly v kláštorech, kde mohly mentálně postižené osoby bydlet.

Měly tam možnost pracovat za ošacení či za jídlo. Následně se začaly zakládat při kláštorech špitály, kde byla poskytována péče i mentálně postiženým. Tyto špitály vznikaly zejména ve velkých evropských městech, jako je Paříž, Řím, Kolín nad Rýnem apod. V Rakousku dokonce vznikl pod záštitou benediktýnského kláštera útulek pro 12 osob s mentálním postižením. Za vlády Eduarda I. se v Anglii zrodily zákony, které upravovaly vztah společnosti k těmto osobám a vymezovaly mentální postižení od duševní choroby, což se dá považovat za pokrok, jak uzavírá středověk Vančová (2005).

V novověku byli mentálně postižení považováni za choré, kterým je potřeba pomáhat a které je nutné chránit. Důvodem toho byl rozvoj vědy a celkového zájmu o člověka a dobro. Vzdělanci v době renesance postupně zjišťovali, že pravidelná speciální výchova je fungujícím prvkem, který umožňuje zlepšit, pro někoho nezlepšitelný, stav dítěte. Díky těmto poznatkům se v době renesance realizovaly jedny z prvních speciálně pedagogických opatření. Například Jan Amos Komenský byl velkým zastáncem toho, aby byly všechny děti vzdělávány, jak mentálně postižené, tak zdravé. Spisoval Daniel Defoe (1661-1731), byl jeden z prvních v Anglii, který požadoval, aby byly zřízeny ústavy pro mentálně postižené. Sám dokonce navrhoval, jak by takový ústav měl vypadat, jak doplňuje Vančová (2005).

Až v Paříži v 17. století byla založena všeobecná nemocnice - Hopital général, která byla vzorem pro jiné státy. Byl to nový druh nemocnice, kde se nacházelo oddělení pro choromyslné. Tato nemocnice znamenala velký pokrok v péči o osoby s mentálním postižením. Ústavy pro duševně choré se začínají objevovat až později. První byl otevřen v Londýně r. 1751, následoval v r. 1776 v Novgorodě atd., například v Praze se jeden z prvních ústavů objevuje v roce 1790 v rámci pražské všeobecné nemocnice.

Na počátku 19. století byla péče o osoby s mentálním postižením jen velmi zřídka spojována s lékařskou vědou. Neměla spolehlivou léčbu ani teoretický základ. Vlivem osvícenské ideje, která připouštěla v krizových případech omezování „nesvobodných“ a „nerozumných“, se stala symbolem této doby donucovací židle či kazajka. Mentálně postižení se tak začali objevovat i ve věznicích. Až posléze se začala oddělovat péče o osoby s mentálním postižením od zařízení pro výkon trestu. V Anglii se budovaly tzv. panoptické blázince, které však byly vybavené a zejména zařízené jako trestnice. Následovala však Velká francouzská revoluce, která zrušila všechny „opatrovny choromyslných“. Zájmem této revoluce bylo vybudování zcela nových ústavů. Ty byly ve většině případů zřizovány v uzavřených kláštorech. V první polovině 19. století se

setkáváme s modelem „relativně spojených léčeбен a opatroven“. Jde o model, který sdružoval všechny duševně nemocné pod jednu střechu, jak uzavírá Schott (1994).

V Českých zemích se stalo zákonnou povinností starat se o osoby s mentálním postižením v roce 1863. Zákon stanovil, že každý člověk, který patří do obce, vlastní nárok na veřejnou sociální pomoc. V polovině 19. století byly zákonně upravené možnosti zřizovat vyučovací ústavy pro neobvyklé občany, s tím se také zavedl zákon o vzdělávání slabomyslných. Za průkopníky speciálních ústavů a speciálních školských zařízení jsou považováni učitelé, kteří pochopili, že osobám s mentálním postižením je nutné pomoci uvést jejich práva do běžného života. V roce 1986 tak vznikla první pomocná škola, jak dodává Vančová (2005).

Jak výše zaznělo, pobytové služby pro osoby s mentálním postižením si prošly během historie velkým vývojem. Za dob komunismu byli lidé s mentálním postižením posíláni do velkých ústavů. Ty vznikaly zejména proto, aby zde byli všichni pod jednou střechou, i s lidmi trpícími autismem, a aby nebyli lidem na očích. Bylo naprosto nepředstavitelné, aby osoba s mentálním postižením bydlela sama. V dnešní době je však trendem integrace a zejména deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb.

Pančocha, Procházková, Sayoud, Solárová (2013) namítají, že osoby s mentálním postižením by měly mít možnost bydlet samy např. formou podpory samostatného bydlení či v chráněném bydlení. Hlavní příčinou osamostatňování je, že rodinný příslušníci či opatrovníci, kteří se o mentálně postiženého jedince starají, mají obavy, že až budou starší, nebudou mít dostatek sil, aby se o ně dostatečně kvalitně postarali. V době socialismu a dále před ním byla myšlenka, že lidé s mentálním postižením budou žít jednou samostatně mimo institucionální zařízení, zcela nemožná. Dnes ve 21. století máme zcela ucelenou představu o tom, že tito jedinci potřebují zejména pomoc a podporu při osvojování si role dospělého člověka. S tím souvisí asistence či poradenství, jak při řešení otázek bydlení, trávení volného času, zaměstnání či odloučení se od svých rodičů.

Dále tvrdí, že je velice obtížné pro osoby s mentálním postižením zvykat si na nové prostředí a celkové stěhování na ně klade zvýšené nároky, což je zapříčiněné tím, že tito lidé jsou méně adaptabilní a velmi neradi mění své zvyklosti. Mezi další závažné oblasti patří naplňování jejich rodičovské role. Být rodičem závisí z velké části na svéprávnosti daných osob, dědičnosti, na jejich zdravotním stavu a v neposlední řadě na vhodných schopnostech a předpokladech odhadnout své možnosti.

3 Charakteristika sociálních služeb

Řada odborníků definuje sociální služby různě, osobně na úvod volím charakteristiku, která se používá v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 3 „*sociální službou je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“.

Sociální služby dle Průši (2007) se jako pojem v odborné literatuře definují ve dvou úrovních:

- Státní, nestátní či obecní instituce, které poskytují sociální pomoc ve prospěch druhé osoby.
- Druh sociální práce odváděné ve prospěch lidí, kteří se nacházejí v sociální nouzi.

Matoušek a kol. (2007) definuje sociální služby konkrétněji, zohledňuje přitom konkrétní skupinu, které se daná služba dotýká. Dále tvrdí (2007, s. 9), že „*sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tyto lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.*“

Tato definice dle Matouška a kol. (2007) značně překračuje vymezení sociálních služeb jako služeb, které jsou součástí oblasti, kterou řídí v České republice Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Například Ministerstvo zdravotnictví řídí kojenecké ústavy, dále Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy řídí výchovné ústavy pro děti a mládež apod. Sociální služby jsou v těchto i jiných případech poskytovány ve své podstatě v „nepříslušném“ rezortu. Sociální služby spadají do mnoha rezortů státní správy a jsou součástí široké oblasti právních norem.

Sociální služby můžeme dle Matouška a kol. (2007) chápat jako služby, které se poskytují lidem se společenským znevýhodněním. Hlavním cílem sociálních služeb je zlepšení kvality života, začlenění znevýhodněných osob do společnosti či ochrana společnosti před určitým rizikem, které by mohli tyto jedinci představovat. Jsou zaměřené jak na samotného jedince, tak i na jeho rodinu či skupinu, do které jedinec patří. Sládek (2013) poukazuje na to, že z hlediska historie se vývoj sociálních služeb odvíjel od dvou základních motivů. Prvním byla snaha pomoci sociálně slabým jedincům, přičemž do této snahy se promítal velký zájem osob, které měly moc a snažily se o společenskou rovnováhu.

V Českých zemích, konkrétně za doby první republiky, byla dle Matouška a kol. (2007) nejčastějším druhem sociální služby ústavní péče. Mezi nejznámější a nejmodernější ústavy v té době patřily Masarykovy domovy-sociální ústavy hl. města Prahy v Krči. V období první republiky zažily rozvoj i poradny různého typu, například: městská sociální poradna, poradny pro duševní zdraví apod. V polovině dvacátého století se začala ústavní péče kritizovat. Doba se přikláněla k novým alternativám. Začaly vznikat různé typy stacionářů, komunitních center, terénní služby či terapeutické komunity. Vznikaly zvláštní typy podpory nazývané chráněným či podporovaným bydlením a také podporované zaměstnávání. Pro osoby s mentálním či tělesným postižením vznikla služba osobní asistentce.

Sládek (2013) uvádí, že v roce 1988 byl přijat zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, který charakterizoval služby, se kterými jsme se mohli v České republice setkat, a to: ústavní sociální péče, pečovatelská služba a stravování, poradenská a výchovná péče a péče v ostatních zařízeních sociální péče. K velmi výraznému rozvoji dochází až po roce 1989. Byl přijat zákon č. 482/1991 Sb. o sociální potřebnosti. Následně začalo vznikat velké množství sociálních služeb. Prioritou byly neinstitutionální služby. Poskytování sociálních služeb již nebylo doménou státních organizací, ale mohly a začaly jej poskytovat i nestátní neziskové organizace. Svou činnost také obnovily církevní organizace. Malíková (2011) uvádí, že před rokem 1991 byly osoby s mentálním postižením, staří lidé, nemocní či umírající izolováni v ústavech, kde byl praktikován direktivní přístup. V dnešní době definuje sociální služby zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhláška č. 505/2006 Sb.

3.1 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou definovány v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon definuje na 38 služeb. Důležité však pro osoby s mentálním postižením jsou jen některé, a to:

Osobní asistence

Tyto služby pomáhají jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost například z důvodu zhoršení zdravotního stavu či vysokého věku. Jejich aktuální situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Služba je poskytována za úhradu (zákon o sociálních službách, § 39).

Osobní asistenci považují v příbramském regionu za kvalitně poskytovanou. O to, aby byla kvalitně poskytována, se stará například Farní Charita Starý Knín, která sídlí v Kamýku nad Vltavou. Mezi poskytovatele osobní asistence v tomto regionu patří také

Hewer z. s. , který tuto službu poskytuje ve většině krajů České republiky. Celkově se v tomto regionu můžeme setkat minimálně se 4 poskytovateli.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba napomáhá jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost například z důvodu zhoršení zdravotního stavu či vysokého věku (zákon o sociálních službách, § 40).

Pečovatelská služba je v příbramském regionu zastoupena obdobně jako osobní asistence. Nepatrný rozdíl zde nalezneme v poskytovatelích. Pečovatelskou službu totiž poskytují zejména města, např. Rožmitál pod Třemšínem, město Březnice či pečovatelská služba města Příbrami. Celkově se v tomto regionu můžeme setkat s minimálně 5 poskytovateli.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Tento druh služby je poskytován osobám, které potřebují osobní pomoc s vyřizováním vlastních záležitostí, přičemž jejich schopnosti jsou z důvodu věku či zdravotního postižení v oblasti orientace sníženy natolik, že to sami nezvládají (zákon o sociálních službách, § 42).

Tato sociální služba se dá považovat za minimálně zastoupenou. Poskytuje ji totiž jenom jedna občanskoprávní společnost, a to TyfloCentrum Praha, o. p. s.

Odlehčovací služby

Tyto služby se poskytují ambulantní či pobytovou formou. Jsou určeny zejména osobám s chronickým onemocněním, seniorům a lidem se zdravotním postižením. Služba je poskytována v místě bydliště osoby či v místě, kde se aktuálně nachází. Cílem služby je poskytnout pečující osobě odpočinek (zákon o sociálních službách, § 44).

Odlehčovací služby jsou naopak zastoupeny kvalitně. Poskytuje je zde několik společností, např. Alka, o. p. s., KROK – poskytovatel sociálních služeb, Farní charita Starý Knín či Farní charita Příbram.

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní sociální službu lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění, zdravotního postižení či z důvodu věku. Jejich aktuální situace vyžaduje pomoc jiné osoby (zákon o sociálních službách, § 45).

Centra denních služeb jsou službou, jenž v příbramském regionu není vůbec zastoupena. Troufám si říci, že tu chybí.

Stacionáře

Tento druh sociální služby může být poskytován denně či týdně. Pomoc se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění či zdravotního stavu, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (zákon o sociálních službách, § 46, 47).

Denní stacionáře zde provozuje několik společností. Konkrétně Alka, o. p. s., Farní charita Příbram či SANCO – Sdružení domácí péče. V tomto regionu nalezneme i týdenní stacionář, který poskytuje KROK – poskytovatel sociálních služeb, který sídlí v Kamýku nad Vltavou.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Tento druh sociální služby poskytuje pobytové služby lidem, kteří se ocitli v situaci, která vyžaduje pomoc druhé fyzické osoby. Služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením (zákon o sociálních službách, § 48).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením nalezneme v tomto regionu dva – Domov Svatý Jan a Domov Nalžovice. Myslím, že tyto domovy poskytují sociální službu velmi dobře. Mám osobní zkušenost z Domova Svatý Jan, kde jsou všichni klienti velmi spokojeni.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je poskytováno osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění či zdravotního stavu. Jejich aktuální situace vyžaduje pomoc jiné osoby (zákon o sociálních službách, § 51).

Chráněné bydlení, stejně jako domovy pro osoby se zdravotním postižením, poskytuje na Příbramsku Domov Nalžovice a Domov Svatý Jan.

Sociálně aktivizační služby

Tento druh sociální služby se poskytuje osobám se zdravotním postižením, seniorům či lidem ohroženým sociálním vyloučením. Poskytuje se ambulantně či terénně (zákon o sociálních službách, § 66).

Tento druh sociální služby je poskytován hned několika organizacemi. Jmenovitě: Klub DEMKA, Alka, o. p. s., Svaz tělesně postižených v České republice, o. s., Místní organizace svazu tělesně postižených v ČR, o. s. Milín, Farní charita Starý Knín či Alka, o. p. s.

Sociálně terapeutické dílny

Tyto dílny jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Vlivem zdravotního znevýhodnění nejsou tito lidé uplatnitelní na otevřeném ani chráněném trhu práce (zákon č. 108/2006., o sociálních službách, § 67).

Sociálně terapeutické dílny nejsou v příbramském regionu zastoupeny.

3.2 Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby, jak uvádí Matoušek (2007) poskytují státní neziskové organizace, nestátní neziskové organizace, organizace zřizované obcí či krajem apod. Všichni poskytovatelé jsou důkladně seznámeni s tím, jak služby fungují a měli by znát provozní a systémové záležitosti. Měli by se dobře orientovat v dané problematice, umět popsat předpokládané trendy či aktuální poptávku. V tomto ohledu se jedná o nenahraditelný přínos.

Matoušek (2007) poukazuje na to, že v předchozích letech nebyly sjednoceny a představovány určité nároky na činnosti daných poskytovatelů sociálních služeb. Jednalo se například o vzdělání zaměstnanců či vybavení daného zařízení apod. Aktuálně se tyto důležité informace opírají o Zákon o sociálních službách, kde je specifikována každá služba a také potřebné vzdělání na výkon dané pozice. Je také podmínkou, že každý poskytovatel sociálních služeb musí být registrován v tzv. registru poskytovatelů sociálních služeb. K tomu, aby byl registrován, musí splňovat řadu podmínek. Registr sociálních služeb vede Krajský úřad a je povinen zapsat každého poskytovatele, který splnil podmínky a získal rozhodnutí o registraci.

Průša (2007) dělí poskytovatele sociálních služeb takto:

- Neziskové organizace: Do této skupiny patří například sdružení, spolky, nadační fondy, nadace, ale také FO a PO.
- Kraje a Obce: V tomto případě obec či kraj, přebírá úlohu státu. Tím se zvyšuje funkce obce či kraje. Občan dané obce či kraje má pak v blízkosti prostor, kde může řešit své sociální problémy.
- Stát: Mezi hlavní úkoly státu patří zmírňovat sociální napětí a klima. Využívá k tomu nejrůznějších nástrojů, jako jsou např. právní služby, finanční služby apod.
- MPSV: Je základním a ústředním orgánem státní správy ČR. Kontroluje a řídí výkon správy v dané oblasti. Jeho další aktivitou je vytváření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb.

V České republice je nejčastějším poskytovatelem sociálních služeb MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí), dále kraj, obce či nestátní neziskové organizace. Díky Zákonu o sociálních službách se setkáváme se smlouvou, kterou uzavírá vždy poskytovatel služby s uživatelem služby. Obsahem této smlouvy je seznámení uživatele služby se všemi povinnostmi, vnitřními pravidly apod., které pro něj z poskytování služby vyplývají. Neméně důležité je naplánovat s uživatelem průběh služby, který musí vycházet z jeho potřeb, dovedností, schopností apod., a také z možností poskytovatele sociální služby.

3.3 Chráněné bydlení versus velkokapacitní zařízení

V České republice má sociální péče letitou tradici, která vychází z dlouholetého historického vývoje. Základní koncepce ústavní péče v době komunismu vycházela z teoretického předpokladu, že v dané společnosti problémy a zejména problémy sociální neexistují. V dané době byly jediným možným zařízením pro osoby se zdravotním či mentálním postižením ústavu. Ty se však postupem času proměňovaly v prostory, kde místo pocitů radosti a štěstí převládal pocit izolovanosti a vyloučenosti ze společnosti. Ve většině případů byl pobyt v tomto typu zařízení pro osoby s mentálním postižením konečným a doživotním. Po pádu komunistického režimu přicházely myšlenky proměňování těchto ústavů v otevřená zařízení. Hlavním cílem „zmodernizovaného“ ústavu pak má být návrat zpět do společnosti, jak uvádí MPSV (1996).

Žít ale v takovémto moderním ústavu neumožňuje praktikování běžných každodenních aktivit, jako je např. péče o domácnost či rozhodnutí se, že půjdu ven. Osoby

s mentálním postižením v takovémto typu zařízení nerozhodují o svém denním programu. Musí se vždy přizpůsobovat dalším uživatelům služeb, protože jsou rozdělovány do tzv. výchovných skupin. Ústav zabezpečuje všechny klíčové potřeby člověka, jako je např. sociální kontakt, strava apod., ale ve srovnání s běžným životem nenabízí bohužel nic navíc. Určitá alternativa ústavní péče je služba, která se poskytuje v přirozeném prostředí. Tato služba bývá označována jako komunitní sociální služba (<http://www.kvalitavpraxi.cz> [online]).

Rozdílů mezi chráněným bydlením a ústavním zařízením je hned několik. Uživatel služeb žijící v chráněném bydlení uplatňuje svobodnou vůli na vyšší úrovni, než pokud žije v ústavním zařízení. Může se samostatně rozhodovat o svých každodenních aktivitách a celkově o využívání svého volného času. Klient žijící v ústavním zařízení se musí řídit vnitřním řádem ústavu, který například může určovat večerku, časy obědů, snídaní a různá další pravidla. Potřeba udržování kontaktu se společenským prostředím, udržování přirozených vazeb s okolím, to jsou důležité součásti každého člověka, není tomu jinak ani u osoby s mentálním postižením. Klient chráněného bydlení má možnost se kdykoliv setkávat s příbuznými, s rodiči, se sousedy či svými blízkými. V ústavním zařízení se však mohou ve většině případů pohybovat pouze v jasně vytyčeném prostoru či v blízkém okolí. Setkávají se se stále stejným personálem a kolektivem kolem sebe, který se mění jen výjimečně. Dá se usuzovat, že vzhledem k dlouhotrvajícímu stereotypu v ústavním zařízení může vznikat tzv. ponorková nemoc. Ta se může projevat v podobě násilného chování mezi klienty, či v šikaně, jak uvádí Mühlpachr (2001).

Vhodnou alternativou bydlení pro osoby s mentálním postižením se tak stává chráněné bydlení. V tomto typu sociální služby žijí v přirozeném, běžném prostředí, v bytě či v domku. Starají se dle svých možností a schopností o svou domácnost. Usilují tak o co největší samostatnost. Jsou integrováni do společnosti, navazují kontakty se sousedy, navštěvují kina, sportují, věnují se různým aktivitám dle svého vlastního uvážení. Vzhled či místo chráněného bydlení není v Zákoně o sociálních službách přesně definované, není však vhodné domek postavit na zahradě ústavu. Nepředešlo by se tomu, aby jeho obyvatelé potkávali stále stejné osoby či další osoby s mentálním postižením. Považuje se za vhodné postavit nový dům v okolních obcích či v blízkém okolí. Chráněné bydlení není určené pouze osobám s lehkým mentálním postižením, nýbrž pro všechny stupně mentálního postižení. U jedinců s těžším postižením je potřeba zajistit větší míru podpory a poskytovat asistenční službu, jak dodává Šestáková (2012).

Matoušek (1999) uvádí, že přestože chráněné bydlení má charakter domácího prostředí, měli by klienti nejprve zvládat péči o domácnost. Až poté mohou jít do tohoto typu bydlení. Zejména z důvodu, že v institucionálním zařízení nejsou k soběstačnosti vedeni. Činnosti spojené s chodem domácnosti odvádí ve většině případů personál.

4 Deinstitutionalizace sociálních služeb

Před sociálními službami stojí plnění úkolů a cílů, pro které je proces deinstitutionalizace a transformace v aktuální společenské situaci nezbytně nutnou podmínkou. Ústavy sociální péče, jak již zaznělo v předchozím textu, jsou reprezentanty minulého století, nedokážou v dostatečné míře poskytnout plnění lidských a občanských práv a práv na rozhodování o sobě a bohužel je ani v tomto ohledu dostatečně podporovat. Dává to vzniknout určitému napětí mezi způsobem, jakým je podpora pro osoby s mentálním postižením realizována a samotným postavením těchto osob ve společnosti. Kolektiv a ministerstvo práce a sociálních věcí (2012, s. 6) tvrdí, že *„hranice jsou pouze v našich hlavách. Ta není nikde jinde. Jestli máme dostatek fantazie pro to, abychom i ty, co jsou až na konci, zařadili do normálního světa, tak tam jsou. Jestliže nemáme, tak tam není nikdo.“*

Ve vyspělých zemích se trend deinstitutionalizace či transformace začal rozvíjet od šedesátých let dvacátého století. V České republice se s tímto trendem setkáváme až od 80. let 20. století. Tento trend představuje jakýsi přechod z ústavního poskytování sociálních služeb ke komunitním službám, které si zakládají na konceptu integrace do společnosti, jak uvádí KOL. MPSV (2012).

Podle Matouška (2003, s. 45) je deinstitutionalizace *„vlivný trend v soudobé sociální práci, prosazující ve všech případech, kdy je to možné, neústavní formy péče, dobře klientovi dostupné a nevytrhující klienta z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity“*.

Cháb (2004, s. 28) tvrdí, že *„když se řekne deinstitutionalizace, tak většinou se to přeloží, jako zavření nebo zrušení instituce.“* Dále uvádí, že deinstitutionalizace je v České republice chápána jako oddělení osoby s mentálním postižením, která vyžaduje služby, od ústavního zařízení, které mu danou službu poskytuje. Upozorňuje na to, že proces deinstitutionalizace povede k rozpadnutí velkých ústavních zařízení a vzniku moderních dobrovolných organizací.

Pojem deinstitutionalizace se dá označit jako poskytování sociální služby v přirozeném prostředí, jak uvádí Čámský, Sembner a Krutilová (2011). Naopak pod pojmem transformace sociálních služeb označují proces změny zejména v oblasti financování služeb, řízení, formy a samozřejmě místa služby. S cílem zajištění služeb v přirozeném prostředí jedince. Dá se tedy označit jako přechod od institucionální péče směrem ke komunitním službám. Ke službám komunitního typu patří například: podpora samostatného bydlení, osobní asistence či chráněné bydlení.

Časopis Sociální práce (1/2013, s. 3) tvrdí, že „*transformace představuje změnu v sociálních službách tak, aby odpovídaly soudobým potřebám jejich uživatelů*“.

Trendem nynější sociální politiky je začleňování lidí do společnosti a umožnění jim být aktivní ve společenském životě. Mezi hlavní cíle sociální politiky patří vznikání nepobytových sociálních služeb, mezi které patří denní stacionáře či osobní asistence. V případě pobytových služeb se sociální politika zaměřuje na vznik takového bydlení, které bude v přirozeném prostředí a v běžných podmínkách jedince, jak uvádí časopis Sociální práce 1/2013.

Křížkovská, Tomalová a kolektiv (2012, s. 93) tvrdí, že „*transformace je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí*.“

Úzce spjatá s procesem transformace je také změna role sociálního pracovníka. Celkově se systém sociální služeb mění, odchází z medicínského pojetí služeb a od rozhodování se za člověka. Díky transformaci přechází na pojetí, které staví zejména na doprovázení, uschopňování či asistenci. Do popředí se tak dostávají kompetence spjaté s komunikací s klientem, na navazování vztahů, jejich udržování a celkově na udržování podmínek pro život jedince v přirozeném prostředí, jak uzavírá časopis Sociální práce 1/2013.

Důvody deinstitucionalizace se dají shrnout do 5 základních oblastí, dle časopisu Sociální práce 1/2013:

- Ochrana lidských práv
- Rozvoj osobnosti uživatele sociálních služeb
- Život v běžném prostředí a společnosti
- Nejlepší praxe sociálních služeb
- Účelné poskytování sociálních služeb

4.1 Vývoj deinstitucionalizace a transformace v ČR

Domnívám se, že v době socialismu se naprosto popírala individualita jedince, vše bylo řešeno výstavbou obrovských ústavních zařízení podobných nemocnicím. Zaváděl se ústavní řád, který platil pro všechny uživatele služeb bez výjimek. Ošacení, chod ústavu i denní režim byl jednotný. Ve většině případů, když jedinec do tohoto ústavu vstoupil, pak již nevystoupil a strávil zbytek života závislý na péči. Tyto ústavy představovaly jakýsi uzavřený stát ve státě. Zdálo se, jako by žádné osoby s mentálním postižením ani

neexistovaly. Po listopadu 1989 se však ústavy začaly otevírat pro veřejnost a s tím se začaly objevovat i problémy, které chod ústavu představoval. Změny v ústavní péči na sebe nenechaly dlouho čekat. Z toho vyplývá, že praktikování změn je u nás záležitostí posledních cca 25 let.

Za průkopníka transformace sociálních služeb je považován Milan Cháb, který byl v devadesátých letech ředitelem ústavu sociální péče Horní Pustevna. Domníval se, že v instituci je problémem moc, uživatelé služeb jsou pak nejnižší postavení v organizaci, a myšlenkou transformace je vzdát se té moci. Za další průkopníky se dá považovat Moravskoslezský kraj. Ten v roce 2003 začal zpracovávat podklady, které následně vedly ke vzniku Konceptu sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. Tuto koncepci schválilo v roce 2004 tamní zastupitelstvo a začaly se podnikat kroky směřující k transformaci pobytových sociálních služeb. Následně v roce 2008 vytvořil Koncepti kvality sociálních služeb, která zásadně změnila způsob poskytování sociálních služeb. Byl prvním krajem, který učinil změny v poskytování pobytových služeb, a začlenil tak transformaci do svých strategických materiálů.

Styčný bod pro transformaci představuje vznik zákona č. 108/2006, Sb. o sociálních službách a vypracování standardů kvality sociálních služeb. Johnová (2008) považuje standardy kvality sociální služeb za nástroj, který značně ovlivňuje úkoly ústavu. Také uvádí, že se úkolem sociálních služeb stala podpora sociálního začleňování.

V roce 2007 vláda České republiky přijala Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb. Tím se spustila podpora poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí uživatele služeb a podpora sociálního začlenění do společnosti. V tomto dokumentu se dočteme, že transformace jako proces bude probíhat v budoucích desítkách let, což bude představovat přirozený vývoj pobytových služeb. Avšak finanční podpora se bude uskutečňovat pouze v letech 2007 – 2013, jak uvádí MPSV (2007).

V roce 2009 vznikl – jako navázání na předchozí dokument – projekt s názvem Podpora transformace sociálních služeb. Hlavní cíl tohoto projektu se nazýval Plán transformace pro jednotlivá zařízení. Obsahem bylo vytvoření analýz a podpory osob s mentálním postižením při přechodu z ústavů do bydlení v běžné společnosti. Rok 2010 přinesl zahájení činnosti Národního centra podpory transformace sociálních služeb. Mezi ústřední činnosti patřilo vedení transformačního procesu ve třiceti dvou pobytových zařízeních nalézajících se ve všech krajích České republiky. Vytvořeno bylo na 12 pracovních skupin, které řešily klíčové oblasti transformace. Výsledkem jejich práce byl dokument nesoucí název Znaký a vodítka deinstitucionalizace. Tento dokument obsahuje

výsledky, přehledy, upozornění na postupy, ale i faktické údaje o tom, co k transformaci nevede a co vede.

V roce 2013 odstartoval další důležitý projekt MPSV. Nesl název Transformace sociálních služeb. Posiloval kompetence osob s mentálním postižením, které žijí v ústavech, nebo které jej opouštějí. Projekt představoval také podporu pro kraje, obce, poskytovatele sociálních služeb, kteří napomáhali sociální integraci osob s mentálním postižením. V lednu roku 2013 prošlo transformací na 32 zařízení a bylo přestěhováno více jak 500 uživatelů služeb, jak uzavírá MPSV (2007).

4.2 Cíl deinstitucionalizace v ČR

Manuál transformace sociálních služeb (2013, s. 20) uvádí, že *„cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, klienti nejsou vystavováni institucionalizaci.“*

Domnívám se, že cílem transformace ústavní péče pro osoby s mentálním postižením je zejména vytvořit koordinovanou síť služeb, která bude umožňovat uživatelům těchto služeb žít v přirozeném prostředí a co nejvíce snižovat do dnešní doby protěžovaný způsob poskytování sociálních služeb prostřednictvím ústavů. Aby byla transformace možná a aby byla kvalitní, musí dojít ke změně dotační politiky v oblasti investic. Podpora by měla směřovat k rozvoji ambulantních a terénních služeb, zaměřená především na individualitu daného jedince. Uváděný proces souvisí s humanizací nynějších pobytových zařízení a s důležitým vznikem komunitního systému. Aby byl proces humanizace efektivní a kvalitní, musí splňovat určitá kritéria a to např.: přehodnocování individuálního plánování, které musí být orientováno na klienta, prověření všech uživatelů ústavní péče, zda jsou správně diagnostikováni a zda je správně nastavena medikace. Také je potřebné provést analýzy plánů péče a podpory, které by měly následně vyjadřovat jasnou představu uživatele služeb o jeho vlastním životě a individuálních potřebách. Během plánovacího procesu je nutné posoudit, jak jsou uživatelé služeb připraveni na případné zaměstnání. Také je nutné provést revizi naplnění lidských a občanských práv uživatelů služeb ve vztahu k jejich způsobilosti k právním úkonům. Následně je potřebné v co nejkratším možném čase zajistit samostatné bydlení klientům služeb, kteří mají schopnosti samostatně bydlet. Těm, kteří nemají schopnost se sami o sebe postarat, je nezbytně nutné zajistit např.

osobní asistenci. Přirozené prostředí by měla charakterizovat malá zástavba bytových jednotek, která bude vybavená běžným zařízením a například personál bude běžně oblečený. Je nesmírně důležité zajistit individualizaci životního režimu klienta. V rámci integrace je totiž nutné, aby měl uživatel služeb možnost svobodně rozhodovat o svém denním programu. V neposlední řadě musí být respektována jeho práva.

Dle Manuálu transformace ústavů (2013) je nutné řešit před začátkem transformace sociálních služeb několik důležitých cílů:

- zcela zamezit institucionalizaci dalších možných klientů
- transformovat ústavy sociální péče
- úplné zrušení ústavů
- zajištění dostupnosti podpory v komunitě.

Sládek (2013) vysvětluje, že hlavním důvodem zamezení institucionalizace dalších možných klientů je, aby již nedocházelo k vystavování negativních účinků ústavního zařízení. Je třeba brát v potaz, že osoba, nacházející se v ústavním zařízení, má výrazně menší pravděpodobnost zpětnému návratu do běžné společnosti. Důraz klade na to, že čím déle je jedinec v ústavním zařízení, tím je menší pravděpodobnost žít mimo toto zařízení. Jako velmi důležitou součást transformace sociálních služeb uvádí Podpora transformace sociálních služeb (2010) vytvoření spolupráce jak vertikální, tak horizontální mezi všemi subjekty, kterých se určitým způsobem dotýká transformace institucionální péče.

4.3 Právní ukotvení transformace sociálních služeb

Domnívám se, že mezi nejdůležitější dokumenty procesu transformace sociálních služeb patří Zákon o sociálních službách a k němu vydaná vyhláška, účinné od 1. 1. 2017. Tento zákon je souhrnnou zákonnou normou, jehož obsah upřesňuje a jasně definuje fungování sociálních služeb v České republice. Provádějící vyhláška k tomuto zákonu představuje nástroj pro řízení kvality sociálních služeb. Tímto nástrojem jsou standardy kvality sociálních služeb. Standardy umožňují hodnotit kvalitu poskytovaných služeb či smysl dané služby, který je úzce spjatý s cíli sociálních služeb. Z toho vyplývá, že standardy kvality sociálních služeb představují velmi důležitý dokument pro transformaci sociálních služeb. V řadě případů poskytování sociálních služeb může totiž docházet k neplnění těchto standardů. Mezi další nástroje patří příspěvek na péči či střednědobý plán rozvoje služeb.

4.4 Průběh a fáze transformace sociálních služeb

Transformace sociálních služeb se dá definovat jako proces, který je dlouhodobý. Nejedná se o proces, který bude ukončen během několika měsíců, ale jeho průběh je plánován na několik následujících let. Tato změna nevzešla bez přípravy. Příprava započala již v roce 2003, kdy začalo docházet ke kvalitativním změnám, kdy se začal měnit způsob poskytování služeb a celkový přístup k samotným uživatelům služeb. Tyto změny nebyly nazývány transformací i přesto, že se již vědělo, jakým směrem budou změny prováděny. (Seminář k transformaci o sociálních službách).

Manuál transformace ústavů (2013) uvádí, že proces transformace sociálních služeb má svůj začátek, průběh a ukončení, nicméně i přesto není možné tento proces konkrétně naplánovat, musí na sebe přesně navazovat po určitých krocích. Tyto kroky je následně nutné vyhodnocovat, aby byl zřejmý vývoj a změny. Tento proces se totiž dotýká mnoha lidí, např.: pracovníků v sociálních službách, klientů atd. Jedná se o přímý zásah do organizací, které mají různé zájmy. Proto se tento proces dá považovat za velmi náročný na řízení, musí tedy mít jasnou představu o účelu a přínosu pro všechny.

Nejdůležitější roli v řízení procesu transformace má poskytovatel sociálních služeb a její zadavatel. Zabezpečují totiž všechny činnosti transformačního procesu, mají na starost hospodaření a dohled nad průběhem transformace daného zařízení. Musí přitom vycházet z individuálních potřeb a zájmů klientů. Dále je poskytovatel sociální služby v daném zařízení povinen během transformace vypracovat klíčové dokumenty. Mezi tyto dokumenty patří plán podpory v komunitě, rozhodnutí o transformaci ústavu, koncept podpory v komunitě. **Na začátku transformace se vydává rozhodnutí**, ve kterém je uvedený začátek a ukončení procesu. Jeho součástí je odhad rozsahu transformace a náklady na nově vzniklou sociální službu, dále finanční zabezpečení celého procesu a prohlášení o tom, že od zahájení tohoto procesu nebude poskytovatel přijímat do ústavního zařízení žádné nové uživatele služeb.

Následuje plán přípravy transformace. Ten určí, kdo co vypracuje, kdy a jak co připraví a jaké k tomu bude potřebné finanční zajištění či služby. Zcela nezbytnou součástí je zpracování plánu podpory v komunitě a plán změny. Ten se zpracovává se zadavatelem a lidmi z jiných organizací, kteří budou následně zajišťovat podporu v komunitě. Nesmí se přitom zapomenout na rodinné příslušníky či příbuzné a pracovníky veřejných služeb či poskytovatele komunitních služeb.

První fází transformace je **zahájení**. Charakteristické pro první fázi je informování klientů o počátku transformace v jejich zařízení a současně jejich motivace ke kladnému

přijetí této změny. Pro předání této informace je zapotřebí zvolit vhodnou formu komunikace a zejména čas a situaci. Dále je důležité bezprostředně informovat okolí a veřejnost o zahájení procesu a jak se jich změna bude dotýkat. S celým procesem by měli být důkladně seznámeni také zaměstnanci, včetně informace, jakou roli a úlohu v procesu ponесou. V neposlední řadě je důležité všechny účastníky transformace seznámit s důvody a s cíli, které zařízení vedou k procesu deinstitucionalizace. Následně je zapotřebí vypracovat dokument s názvem rozhodnutí o transformaci.

Jakmile projde rozhodnutí o transformaci schválením, **následuje fáze přípravy**. Tato fáze je charakteristická tím, že je potřeba zhodnotit potřebnou míru podpory uživatelů služeb a získávat informace o její dostupnosti. Podpora by měla vždy vycházet z individuálních zájmů uživatele služeb a z jeho potřeb. V souvislosti se začleněním uživatele do běžné společnosti je zapotřebí dbát na individuální plánování podpory, která mu bude následně poskytována. Celkově je třeba dát důraz na přípravu samotného uživatele služeb na změnu.

Ve fázi přípravy hraje důležitou roli také externí expert, který nejprve získává informace o daném zařízení od historie po současnost. Následně seznamuje pracovníky daného zařízení s cíli a záměrem transformace a mapuje jejich postoje k procesu. Dále stanovuje časový rozsah a poskytuje jim zpětnou vazbu během tvorby plánů, které souvisí s rozvojem sociálních služeb. Externí pracovník se zaměřuje také na personální složení týmu, dále na metodickou podporu, vzdělávání pracovníků či na individuální plánování uživatelů služeb. Velmi důležité je identifikovat aktuální problémy, možná rizika, ale i výhody daného zařízení. Dále posuzuje způsobilost klientů daného zařízení k právním úkonům, jejich stupeň závislosti a seznamuje se s jejich diagnózami. Dále sleduje skupinové či individuální aktivity uživatelů služeb a celkově jejich trávení volného času. V neposlední řadě mapuje počty uživatelů služeb a pracovníků v daném zařízení. Základní prioritou je aktualizovat individuální plán uživatele služeb, který připraví daného uživatele na bydlení mimo zařízení. Jedná se o velmi obtížný proces, u kterého je zapotřebí motivovat a správně nastavit individuální plán. Tento plán přechodu uživatele služeb se nazývá Individuálním plánem podpory (Manuál transformace ústavů, 2013).

Jakmile projdou schválením dokumenty plán podpory v komunitě, plán realizace transformace, nastává fáze **realizace transformace**. Tato fáze je charakteristická samotným přechodem uživatelů služeb z ústavního zařízení do běžného prostředí. Následovat by mělo zrušení daného zařízení. Dojde tak k naplnění individuálního plánu uživatele služeb. Je zapotřebí uživatele služeb motivovat, povzbuzovat a celkově

poskytnout velkou míru podpory. Je důležité mu pomoci při stěhování, celkovém zajištění nového bydlení, komunikovat s organizacemi, které následnou podporu zajistí apod. Ve fázi realizace transformace je velmi důležité držet se plánu podpory v komunitě. Zaměření by mělo být zejména na personální zajištění, kapacitu sociálních služeb, cílovou skupinu apod. Je třeba uzavřít nové smlouvy o poskytování sociální služby s uživateli služeb, dle jejich zájmů a potřeb. Celkově, aby byl přechod z ústavního zařízení do běžného prostředí plynulý a kvalitní, je nutné zajistit personální, materiální a technické zdroje a v neposlední řadě kontrolovat celkovou připravenost jedince.

Označíme-li fázi přechodu klienta ze zařízení za ukončenou, nastává fáze s názvem **ukončení transformace**. Během této fáze si ověřujeme, v jaké sociální situaci se nachází bývalý klient zařízení. Následně můžeme formálně ukončit transformaci. Během poslední závěrečné fáze je cílem zkvalitnění sociální služby, která by měla vést k podpoře schopnosti klienta se integrovat do běžného života. Proto je nezbytně nutné zjištění individuálních potřeb, cílů, zájmů klienta v jeho nové životní etapě, situaci a vyhodnocovat míru nezbytné podpory. Nutné je dále pozorovat, zda se do nových služeb v komunitě nepřenesají prvky z ústavního bydlení, hlavně v přístupu ke klientovi. Následně po 4-6 měsících od přechodu do běžného prostředí se vyhodnocují a přehodnocují individuální plány klienta, které vedou ke zkvalitnění služeb. Po 7-9 měsících se následně vypracuje zpráva o transformaci ústavu, čímž je závěrečná fáze ukončena (Manuál transformace ústavů, 2013).

5 Vnímání transformace a deinstitucionalizace sociálními pracovníky na Příbramsku

V následujících kapitolách mé práce se budu věnovat textu, který se týká sociálních pracovníků pracujících v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, zejména jejich vnímání transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb v tomto regionu.

5.1 Vymezení problému šetření

Důvodem sepsání mé práce je toto velmi aktuální téma, které se stává velkým dilematem z pohledu všech pracovníků, kteří se o sociální oblast zajímají. V současné době se stále častěji stává, že sociální pracovníci v pobytových sociálních službách pro osoby s mentálním postižením stojí před otázkou, zda je pobyt v chráněném bydlení pro tyto osoby vhodnou volbou bydlení. Má se týkat všech osob s mentálním postižením, nebo má být tato služba určena pouze pro určité klienty, kteří mají mentální úroveň F70, tzn. lehkou mentální retardaci? Problém vnímání transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků však může být i v nedostatečné informovanosti, neznalosti tužeb klientů pobytových služeb a výhod chráněného bydlení, neznalosti samotných důvodů a cílů transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.

5.2 Formulace hlavní výzkumné otázky

Cílem empirické části je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro mentálně postižené na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb.

5.3 Cíle a úkoly

Cílem empirické části mé práce je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, a ta zní: Jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb?

5.4 Metody sběru dat a jejich zdůvodnění

Pro dosažení zvoleného cíle jsem zvolil kvalitativní šetření, jehož obecným cílem je zjišťování smyslu a významu jevů, kterých se daná věc týká. Také se snaží pochopit komplexně svět zažívané zkušenosti, dle názoru a pohledu těch, kteří ji přímo zažívají či zažívali. Šetření je prováděné v přirozených podmínkách zkoumaného jedince, umožňuje detailní popis fenoménu, celkový plán je zcela flexibilní a může se měnit dle okolností, podmínek či průběžných výsledků během šetření, jak uvádí Hendl (2005). Celkově kvalitativní šetření nabízí pochopení zkoumané oblasti a podrobný popis situace. Kvalitativní šetření sebou nese také určité nevýhody. Patří do nich časová náročnost a to, že hrozí ovlivnění výsledku výzkumníkem (Hendl, 2005). Disman (2011) uvádí nevýhody kvalitativního výzkumu v tom, že je velmi obtížné až nemožné generalizovat výsledek na populaci z důvodu omezení zkoumaných případů. Nicméně, jak uvádí Skutil a kol. (2011), kvalitativní šetření je založené na podrobné analýze zkoumaného jevu, nikoliv na kvantitě. Jde o přístup, který je orientovaný na malý výzkumný soubor a je svým způsobem a významem jedinečný.

Další metodu, kterou jsem zvolil, je polostrukturovaný rozhovor. Je sestavený z otevřených formulovaných otázek. Hendl (2016) uvádí, že polostrukturovaný rozhovor je specifický v tom, že pružnost sondování v kontextu situace je omezená. Jeho použití je zejména v situacích, kdy je potřeba minimalizovat variaci otázek kladených dotazovaným. Předchází se tím pravděpodobnosti, že získaná data v rozhovorech se budou výrazně strukturně lišit. Účelem tohoto rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Získaná data z takto provedeného interview se pak snáze analyzují, protože probíraná témata se v přepisu rozhovoru lépe lokalizují. Sekvence otázek je ovlivněna strukturou a obsahem informací. Tím se následně umožňuje obnovení celého průzkumu v jiném čase a s jinými vědci. Polostrukturovaný rozhovor je velmi vhodný, pokud tento proces nemáme možnost opakovat a máme omezené množství času se respondentovi věnovat. Hendl (2016) dále shledává určité nevýhody této metody. Zmiňuje se zejména o restrikci na předem dané téma. Omezení spočívá zejména v tom, že respondentům pokládáme stejně formulované otázky a tím můžeme přehlížet situovanost rozhovoru. Z tohoto důvodu polostrukturovaný rozhovor velmi omezuje možnost vzít v úvahu individuální okolnosti a rozdíly, také omezuje odchylku poskytovaných informací.

5.5 Metody zpracování dat

Získaná data jsem dle Hendla (2016) induktivně analyzoval a interpretoval. Kládí jsem důraz na to, abych nesestavoval ze získaných dat skládanku, jejíž výsledný tvar znám, nýbrž jsem konstatoval obraz, který se vyjasňuje během sběru a seznamováním se s jeho částmi. Vytvořil jsem podrobný popis toho, co jsem pozoroval a zaznamenal. Snažil jsem se nevynechat nic, co by mohlo pomoci k objasnění situace.

Z výběru velkého množství analýz dat jsem zvolil tematickou analýzu dat. Tato metoda, jak uvádí Hendl (2016), patří mezi široce využívanou, zejména při zkoumání problému v sociální či pedagogické oblasti. Popularitu získala především výkladem psychologů Brauna a Clarka (2006). Oblíbena je zejména svou pružností, a že není vázána teorií. Tematická analýza poskytuje detailní, komplexní a bohatou zprávu o posbíraných datech. Patří mezi nejvíce vhodnou metodu pro získání odpovědí na výzkumné otázky, které se týkají lidských zkušeností a jejich názorů. K tematické analýze jsem přistupoval realistickým způsobem, kdy jsem sestavil detailní zprávu o předpokládané realitě, která z dat vychází.

5.6 Charakteristika zkoumaného vzorku

Do šetření jsem zahrnul sociální pracovníky, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram. Mají minimálně vyšší odborné vzdělání a délku praxe v sociálních službách vyšší než jeden rok. Podařilo se mi uskutečnit polostrukturované rozhovory s 6 respondenty. Čtyři z nich byli z pobytových zařízení pro osoby s mentálním postižením a dva z odboru sociálních služeb.

5.7 Metodika

Kvalitativní šetření bylo realizováno v prvním čtvrtletí roku 2018. Šetření proběhlo při předem domluvené schůzce na předem domluveném místě a čase. Ve dvou případech byl rozhovor proveden na místě pracoviště, ve zbylých čtyřech případech v místě trvalého bydliště respondentů, zejména z časových důvodů respondentů. Jeden rozhovor trval v průměru 90 minut, byl prováděn se souhlasem respondenta a ve 4 z 6 prováděných rozhovorů byl se souhlasem nahráván na hlasové zařízení. Zbylé dvě respondentky si z osobních důvodů nepřály být nahrávány.

5.8 Operacionalizace

HVO:

Jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb?

Transformace hlavní výzkumné otázky do dílčích výzkumných otázek

DVO 1

Zjistit, jaké životní otázky řeší dle sociálních pracovníků na Příbramsku osoby s mentálním postižením?

- DVO 1.1

Zjistit, co by pomohlo osobám s mentálním postižením se lépe začlenit do společnosti.

- DVO 1.2

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením.

- DVO 1.3

Zjistit, zda se sociální pracovníci na Příbramsku setkávají s osobami s mentálním postižením, které jsou rodiči, a jak jejich roli vnímají.

- DVO 1.4

Zjistit, jaký mají sociální pracovníci na Příbramsku názor na možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením.

- DVO 1.5

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku vzdělávání osob s mentálním postižením.

- DVO 1.6

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením.

DVO 2

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, daný region a jeho možnosti?

- **DVO 2.1**

Zjistit, jaké sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku důležité a proč.

- **DVO 2.2**

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku aktuální požadavky a nároky na poskytovatele sociálních služeb.

- **DVO 2.3**

Zjistit, jakých sociálních nebo jiných služeb je dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku dostatek či nedostatek a z jakého důvodu.

- **DVO 2.4**

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství nabízených pracovních míst pro osoby s mentálním postižením v tomto regionu.

DVO 3

Zjistit, co považují sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, za výhody a úskalí transformace sociálních služeb?

- **DVO 3.1**

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci sociálních služeb.

- **DVO 3.2**

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb.

- **DVO 3.3**

Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody transformace sociálních služeb.

- **DVO 3.4**

Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí transformace sociálních služeb.

- DVO 3.5

Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci jako správnou cestu sociálních služeb.

DVO 4

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, deinstitucionalizaci sociálních služeb?

- DVO 4.1

Zjistit, jaký rozdíl shledávají sociální pracovníci na Příbramsku mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb.

- DVO 4.2

Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb.

- DVO 4.3

Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody deinstitucionalizace sociálních služeb.

- DVO 4.4

Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku deinstitucionalizaci jako správnou cestu sociálních služeb.

DVO 5

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, chráněné bydlení a ústavní zařízení?

- DVO 5.1

Zjistit, jaké úskalí spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v ústavním typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.

- DVO 5.2

Zjistit, jaké výhody spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v chráněném typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.

- DVO 5.3

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství chráněného bydlení.

- DVO 5.4

Zjistit, komu by doporučili sociální pracovníci na Příbramsku a komu nikoliv chráněné bydlení a z jakého důvodu.

Tab. č. 1: Transformační tabulka

HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA: Jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb?		
DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY		TAZATELSKÉ OTÁZKY
DVO 1: Zjistit, jaké životní otázky řeší, dle sociálních pracovníků na Příbramsku, osoby s mentálním postižením?	DVO 1.1: Zjistit, co by pomohlo osobám s mentálním postižením se lépe začlenit do společnosti.	TO1: Co myslíte, že by pomohlo osobám s mentálním postižením k lepšímu začlenění do společnosti?
	DVO 1.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením.	TO2: Jaký máte názor na sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením?
	DVO 1.3: Zjistit, zda se sociální pracovníci na Příbramsku setkávají s osobami s mentálním postižením, které jsou rodiči, a jak jejich roli vnímají.	TO3: Jak vnímáte rodičovskou roli osob s mentálním postižením, z jakého důvodu ji považujete za vhodnou či nevhodnou?
	DVO 1.4: Zjistit, jaký mají sociální pracovníci na Příbramsku názor na možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením.	TO4: Jak byste charakterizoval/a možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením v příbramském regionu?

	DVO 1.5: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku vzdělávání osob s mentálním postižením.	TO5: Jak vnímáte dostupnost vzdělání a celkově vzdělanost osob s mentálním postižením na Příbramsku?
	DVO 1.6: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením.	TO6: Jak vnímáte postoj společnosti k osobám s mentálním postižením?
DVO 2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, daný region a jeho možnosti?	DVO 2.1: Zjistit, jaké sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku důležité a proč.	TO7: Když by za Vámi přišel rodinný příslušník osoby s mentálním postižením nebo on/a sám/a, jaké služby byste mu doporučil/a na Příbramsku za pro něj vhodné, důležité a proč?
	DVO 2.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku aktuální požadavky a nároky na poskytovatele sociálních služeb.	TO8: Jaký máte názor na nároky a požadavky na poskytovatele sociálních služeb?
	DVO 2.3: Zjistit, jakých sociálních nebo jiných služeb je dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku dostatek či nedostatek a z jakého důvodu.	TO9: Jaký druh sociální služby je dle Vašeho názoru dostatečně či nedostatečně pokrytý v příbramském regionu a z jakého důvodu?

	DVO 2.4: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství nabízených pracovních míst pro osoby s mentálním postižením v tomto regionu.	TO10: Považujete nabídku pracovních míst pro osoby s mentálním postižením v tomto regionu za dostačující či nedostačující a z jakého důvodu?
DVO 3: Zjistit, co považují sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, za výhody a úskalí transformace sociálních služeb?	DVO 3.1: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci sociálních služeb.	TO11: Co si představíte pod pojmem transformace sociálních služeb?
	DVO 3.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb.	TO12: Jak vnímáte cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb?
	DVO 3.3: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody transformace sociálních služeb.	TO13: Jaké spatřujete výhody v transformaci sociálních služeb?
	DVO 3.4: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí transformace sociálních služeb.	TO14: Jaké spatřujete úskalí v transformaci sociálních služeb?
	DVO 3.5: Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci jako správnou cestu sociálních služeb.	TO15: Domníváte se, že transformace sociálních služeb je správnou volbou?

<p>DVO 4: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, deinstitucionalizaci sociálních služeb?</p>	<p>DVO 4.1: Zjistit, jaký rozdíl shledávají sociální pracovníci na Příbramsku mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb.</p>	<p>TO16: Jaký je dle Vašeho názoru rozdíl mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb?</p>
	<p>DVO 4.2: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb.</p>	<p>TO17: Jaká jsou dle Vašeho názoru úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb?</p>
	<p>DVO 4.3: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody deinstitucionalizace sociálních služeb.</p>	<p>TO18: Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody deinstitucionalizace sociálních služeb?</p>
	<p>DVO 4.4: Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku deinstitucionalizaci jako správnou cestu sociálních služeb.</p>	<p>TO19: Považujete deinstitucionalizace sociálních služeb za správnou cestu?</p>
<p>DVO 5: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, chráněné bydlení a ústavní zařízení.</p>	<p>DVO 5.1: Zjistit, jaké úskalí spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v ústavním typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.</p>	<p>TO20: V čem jsou dle Vašeho názoru úskalí a výhody ústavního typu bydlení pro osoby s mentálním postižením?</p>

	DVO 5.2: Zjistit, jaké výhody spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v chráněném typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.	TO21: Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody a úskalí chráněného typu bydlení pro osoby s mentálním postižením?
	DVO 5.3: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství chráněného bydlení.	TO22: Domníváte se, že je dostatek chráněného bydlení na území příbramského regionu?
	DVO 5.4: Zjistit, komu by doporučili sociální pracovníci na Příbramsku a komu nikoliv chráněné bydlení a z jakého důvodu.	TO23: Pro koho a z jakého důvodu je dle Vašeho názoru určené chráněné bydlení, komu byste ho určitě doporučili?

Zdroj: Vlastní zpracování

5.9 Etické zásady

Všechny dotazované jsem informoval o tom, že rozhovory jsou anonymní a zároveň nahrávané na diktafon, pro kvalitnější zpracování dat. Nesděloval jsem jim žádné subjektivní názory na danou problematiku, pouze jsem reagoval na to, co respondent sděloval. Snažil jsem se nebýt sugestivní a manipulativní. Každý respondent podepsal informovaný souhlas, jehož znění prezentuji v Příloze č.1 mé diplomové práce.

6 Výsledky a interpretace

Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělil do pěti dílčích výzkumných otázek.

6.1 DVO 1

Zjistit, co by pomohlo osobám s mentálním postižením se lépe začlenit do společnosti.

DVO 1.1: Zjistit, co by pomohlo osobám s mentálním postižením se lépe začlenit do společnosti.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Co myslíte, že by pomohlo osobám s mentálním postižením k lepšímu začlenění do společnosti?

Výsledek DVO 1.1:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku se domnívají, že by osobám s mentálním postižením k lepšímu začlenění do společnosti nejvíce pomohlo pokračování v transformaci sociálních služeb, osvěta a větší informovanost společnosti o tomto druhu postižení.

DVO 1.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaký máte názor na sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením?

Výsledek DVO 1.2:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají partnerský život osob s mentálním postižením pozitivně. Domnívají se, že na něj mají právo, avšak nepovažují jejich vědomosti o následcích sexuálního života za dostačující.

DVO 1.3: Zjistit, zda se sociální pracovníci na Příbramsku setkávají s osobami s mentálním postižením, které jsou rodiči, a jak jejich roli vnímají.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jak vnímáte rodičovskou roli osob s mentálním postižením, z jakého důvodu ji považujete za vhodnou či nevhodnou?

Výsledek DVO 1.3:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku se domnívají, že rodičovská role pro osoby s mentálním postižením je vhodná. Ale jen v případě podpory někoho blízkého nebo vhodného zařízení. Jako nevýhodu často zmiňovali, že během rodičovství nastávají situace, ve kterých by si osoby s mentálním postižením nevěděly rady. Také se jedná o velkou zodpovědnost, kterou nejsou schopni nést.

DVO 1.4: Zjistit, jaký mají sociální pracovníci na Příbramsku názor na možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jak byste charakterizoval/a možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením v příbramském regionu?

Výsledek DVO 1.4:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují možnosti zaměstnávání osob s mentálním postižením v daném regionu za nedostačující. Nabídek pracovních míst je velmi málo. Když už jsou, nabízí je charitativní spolky, které mají existenční problémy. Dále upozornili na fakt, že se uplatní pouze osoby s lehkým mentálním postižením, a to jen z důvodu, že to firmám stanovuje zákon.

DVO 1.5: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku vzdělávání osob s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jak vnímáte dostupnost vzdělání a celkově vzdělanost osob s mentálním postižením na Příbramsku?

Výsledek DVO 1.5:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají dostupnost vzdělání za kvalitní. V regionu je dostatek škol, které nabízejí vzdělání těmto osobám. Zároveň upozornili na fakt, že je ve školách nedostatek asistentů pedagoga. Celkově vzdělanost osob s mentálním postižením shledávají za nedostačující i přesto, že jsou ve školách hodnoceni dobrými známkami.

DVO 1.6: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci pohled veřejnosti na osoby s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jak vnímáte postoj společnosti k osobám s mentálním postižením?

Výsledek DVO 1.6:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají pohled společnosti na osoby s mentálním postižením za lepší než před lety. Jako důvod uvádí transformaci a probíhající inkluzi. Stále však mají pocity rozdělení společnosti na dva tábory. Na společnost, která se lidí s mentálním postižením nebojí a nemá s nimi žádný společenský problém a druhý tábor, který je odsuzuje, má z nich strach a viděl by je nejraději za plotem ústavu.

Shrnutí DVO 1

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku se domnívají, že život osoby s mentálním postižením v tomto regionu je opřen o dostupné vzdělání, které považují za kvalitní. Odpovědělo tak pět respondentů ze šesti. Jeden se domnívá, že není dostatek asistentů pedagoga a nepovažuje vzdělání za zcela dostupné, uvedl, že *„dostupnost vzdělání nevnímám úplně špatně, ale jak už jsem říkala, myslím si, že by se školám hodilo více asistentů pedagoga“*. Dále vyplynulo, že možnosti zaměstnání považují za nedostatečné. Dva respondenti nemají přehled o pracovních nabídkách a 4 považují možnosti zaměstnávání za nedostačující, z nich jeden uvedl, že *„nabídka práce pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku téměř neexistuje. Pokud ano, jedná se většinou o chráněné dílny provozované charitativními organizacemi mající existenční problémy. Běžní zaměstnavatelé o zaměstnávání těchto lidí nestojí pro náklady spojené se zaměstnáváním mentálně postižených osob“*. Dále vyplynulo, že místní společnost je rozdělená na dva tábory. Jeden s nimi nemá žádný společenský problém a nebojí se jich. Druhý, který je odsuzuje, má z nich strach a viděl by je nejraději za plotem ústavu. Na tomto tvrzení se shodli všichni dotazovaní. Jeden respondent uvedl, že *„vše jde s dobou, určitě dnešní společnost vnímá celkově handicap lépe než před několika lety. Vždycky se najdou lidé, kteří budou tvrdit, že by se takoví lidé neměli rodit a budou jim odporní. Zároveň si ale myslím, že společnost je už více tolerantní a převládá spíše ta skupina, co je neodsuzuje“*. Také vyplynulo, že vnímají jejich sexuální a partnerský život za vhodný a pozitivní. Nicméně nepovažují jejich vědomosti o následcích sexuálního života za

dostačující a nepovažují za vhodné, aby vychovávali dítě. Odpovědělo tak všech 6 dotazovaných respondentů. Jeden respondent uvedl, že „*rodičovskou roli osob s mentálním postižením považuji za vhodnou v případě, že osoby s mentálním postižením, které se mají stát nebo jsou rodiči, mají ve své roli podporu někoho blízkého či nějakého vhodného zařízení. V případě rodičovství nastávají situace, se kterými si osoby s mentálním postižením nedokáží poradit sami, ale s podporou je zvládnou. Samozřejmě, že záleží na míře postižení a na sociální situaci osoby s mentálním postižením*“. Celkově se shodli, že vnímají zlepšení života osoby s mentálním postižením v tomto regionu zejména z důvodu transformace sociálních služeb a inkluze. Jeden respondent uvedl „*myslím si, že život osob s mentálním postižením je v příbramském regionu lepší než před lety. Domnívám se, že je to zásluhou tolik prosazované integrace, inkluze, transformace či toho, že se o daném tématu více mluví ve společnosti*“.

6.2 DVO 2

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, daný region a jeho možnosti?

DVO 2.1: Zjistit, jaké sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku důležité a proč.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Kdyby za Vámi přišel rodinný příslušník osoby s mentálním postižením nebo on/a sám/a, jaké služby byste mu doporučil/a na Příbramsku za pro něj vhodné, důležité a proč?

Výsledek DVO 2.1:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku by své doporučení zvažovali zejména z pohledu míry postižení dotazovaného. Následně by doporučili tyto poskytovatele sociálních služeb, STD Mela o. p. s, STD Nalžovický zámek, p. s. s., Tloskov, Domov Svätý Jan, denní stacionář Alka, tyto poskytovatele považují za velmi kvalitní.

DVO 2.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku aktuální požadavky a nároky na poskytovatele sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaký máte názor na nároky a požadavky na poskytovatele sociálních služeb?

Výsledek DVO 2.2:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají aktuální požadavky a nároky na poskytovatele sociálních služeb za adekvátní a oprávněné. Zdůraznili však, že pod tíhou velkého množství administrativy se ztrácí kontakt s klientem.

DVO 2.3: Zjistit, jakých sociálních nebo jiných služeb je dle názoru sociálních pracovníků na Příbramsku dostatek či nedostatek a z jakého důvodu.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaký druh sociální služby a z jakého důvodu je dle Vašeho názoru nedostatečně pokrytý v příbramském regionu?

Výsledek DVO 2.3:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku se domnívají, že je nedostatek domovů pro důchodce. Jako hlavní důvod uvádí stárnutí populace a blízkost Prahy, kde považují situaci za ještě horší. Za velký problém a vůbec neposkytovanou sociální službu v regionu považují DOZP – pro těžkou formu mentálního postižení s autismem či s psychiatrickou diagnózou.

DVO 2.4: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství nabízených pracovních míst pro osoby s mentálním postižením v tomto regionu.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaký druh sociální služby a z jakého důvodu je dle Vašeho názoru nejvíce pokrytý v Příbramském regionu?

Výsledek DVO 2.4:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují za nejvíce pokrytou sociální službu odborné poradenství.

Shrnutí DVO 2

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají region a jeho možnosti pro osoby s mentálním postižením za spíše pozitivní. Negativa

spatřují v možnosti zaměstnávání, výhody spatřují v možnosti bydlení. Za nejvíce pokrytou sociální službu v daném regionu považují odborné poradenství, které nabízí dostatek organizací. Ve svém regionu považují za nejkvalitněji poskytované služby organizacemi: Mela o. p. s., Nalžovický zámek p. s. s., Domov Svatý Jan či denní stacionář Alka. Každý z dotazovaných respondentů uvedl jinou organizaci, kterou považuje za kvalitní. Jeden respondent například uvedl, že „*v poslední době výborně funguje Domov Svatý Jan – poskytovatel sociálních služeb, nabízí celou škálu služeb pro lidi s mentálním postižením včetně možnosti chráněného bydlení spojeného se zaměstnáním, které umožňuje psí útulek v Hrachově*“. Nároky a požadavky na ně kladené považují za adekvátní a oprávněné. Za velký problém v regionu považují neexistující služby DOZP – pro těžkou formu mentálního postižení s autismem či s psychiatrickou diagnózou. Uvedli tak 4 dotazovaní respondenti „*Vzhledem k přeplněným pořadníkům zájemců o sociální službu v první řadě chybí DOZP, které by bylo ochotno přijímat klienty s těžkou formou mentálního postižení a autismem. Některá zařízení si totiž klienty vybírají. Velký problém mají osoby s psychiatrickou diagnózou, kteří nespádají do cílové skupiny DOZP. V regionu neexistuje žádné takové zařízení a evidentně chybí*“. Jeden je názoru, že značně chybí domov pro seniory a další uvádí, že chybí nízkoprahové zařízení pro mládež či služby sociální prevence.

6.3 DVO 3

Zjistit, co považují sociální pracovníci, kteří pracovali v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, za výhody a úskalí transformace sociálních služeb?

DVO 3.1: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Co si představíte pod pojmem transformace sociálních služeb?

Výsledek DVO 3.1:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku si pod pojmem transformace představují změnu v poskytování sociální služby, ve financování, formě poskytování a místu poskytování. Celkově má vést k lepšímu poskytování sociální služby.

DVO 3.2: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jak vnímáte cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb?

Výsledek DVO 3.2:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají cíl a právní ukotvení transformace velmi pozitivně. Cíl vnímají jako správný, avšak cestu k němu považují za zdlouhavou a trnitou. Právní ukotvení považují za dostačující díky zákonu o sociálních službách.

DVO 3.3: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody transformace sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaké spatřujete výhody v transformaci sociálních služeb?

Výsledek DVO 3.3:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku spatřují největší výhody transformace v tom, že se zvýší kvalita života osob s mentálním postižením alepší se i poskytování sociální služby.

DVO 3.4: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí transformace sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaké spatřujete úskalí v transformaci sociálních služeb?

Výsledek DVO 3.4:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku spatřují úskalí v transformaci ve více směrech. Nejvíce se objevovalo úskalí špatného plánování transformace, rychlá změna pro klienta, zneužívání dotací z ESF a následný zánik služby či opětovné rozhodování za klienta, kdy mu sdělují, co je pro něj nejlepší.

DVO 3.5: Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku transformaci jako správnou cestu sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Domníváte se, že transformace sociálních služeb je správnou volbou?

Výsledek DVO 3.5:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují transformaci sociálních služeb za správnou cestu. Mají však mírné obavy, zda nevnucují svůj názor osobám s mentálním postižením v tom smyslu, že je to pro ně nejlepší volba.

Shrnutí DVO 3

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku shledávají za největší úskalí transformace její špatné plánování, rychlou změnu pro klienta, zneužívání dotací z ESF a následný zánik služby či opětovné rozhodování za klienta, kdy mu sdělují, co je pro něj nejlepší. Toto uvedli všichni dotazovaní respondenti. Jeden z nich uvedl, že *„velké úskalí shledávám v možnosti zneužití procesu transformace ke spekulativním účelům, zakládání zařízení sociálních služeb pouze za účelem získání grantů a dotací z EFS a jejich zánik zpravidla po uplynutí 5 let“*. Výhody spatřují ve zvyšující se kvalitě života osob s mentálním postižením a zlepšení poskytování sociálních služeb. Cíl transformace považují za správný, má vést k lepšímu poskytování sociální služby. Na tom se shodli všichni dotazovaní. Jeden z nich uvedl, že *„transformace je dle mého názoru skvělá věc, ale nic se nesmí přehánět. Rozhodovat o tak důležitých krocích by měl vždy odborník z praxe, který ví, jak to funguje v realitě, a ne v odborné literatuře. Je tu snaha zkvalitnit život osobám s mentálním postižením, otázkou je, zda je tato změna opravdu vhodná pro všechny, což si zrovna nemyslím“*.

6.4 DVO 4

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, deinstitucionalizaci sociálních služeb?

DVO 4.1: Zjistit, jaký rozdíl shledávají sociální pracovníci na Příbramsku mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaký je dle Vašeho názoru rozdíl mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb?

Výsledek DVO 4.1:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku nejsou jednotní v názoru, jaký je rozdíl mezi transformací a deinstitucionalizací. Mnozí z nich

mají i velký problém slovo deinstitucionalizace vyslovit. Nejvíce se však objevoval názor, že transformace je komplexní přeměna sociálních služeb. Deinstitucionalizaci chápou jako změnu řádu, struktury, filozofie a sídla služeb.

DVO 4.2: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaká jsou dle Vašeho názoru úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb?

Výsledek DVO 4.2:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují za největší úskalí deinstitucionalizace její možnou (častou, občasnou) nevhodnost a nereálnost. Dále se obávají selhání komunity, rodiny či pečující osoby. Za úskalí také považují, že se následně klienti nebudou mít kam vrátit.

DVO 4.3: Zjistit, co považují sociální pracovníci na Příbramsku za výhody deinstitucionalizace sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody deinstitucionalizace sociálních služeb?

Výsledek DVO 4.3:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují za výhody deinstitucionalizace to, že osoby s mentálním postižením mohou žít doma. Je kladen větší důraz na ochranu lidských práv, rozvoj osobnosti a účastní se běžného života bez ústavu.

DVO 4.4: Zjistit, zda vnímají sociální pracovníci na Příbramsku deinstitucionalizaci jako správnou cestu sociálních služeb.

Ke zjištění cíle jsem použil tazatelskou otázku:

- Považujete deinstitucionalizace sociálních služeb za správnou cestu?

Výsledek DVO 4.4:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují deinstitucionalizaci za správnou cestu. Ze zkušeností poukazují na to, že není vhodná a bezpečná pro každého jedince. Vždy je nutné hledět na míru mentálního postižení a na samotnou osobnost jedince.

Shrnutí DVO 4

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají deinstitutionalizaci sociálních služeb jako změnu řádu, struktury, filozofie a sídla služeb. Uvedlo tak 5 respondentů z 6 dotazovaných. Jeden uvedl, že ji vnímá jako podporu domácí péče. Všichni dotazovaní nepovažují deinstitutionalizaci za vhodnou pro každou osobu s mentálním postižením, tak to uvedli 4 dotazovaní. Dva uvedli, že *„je třeba koukat na každého jedince individuálně. Jedinec i s těžší formou mentálního postižení může dosáhnout na chráněné bydlení. Je to velmi individuální záležitost“*. Dále se obávají selhání komunity, rodiny či pečující osoby. Naopak výhodu deinstitutionalizace spatřují v možnosti žít doma, ve větším důrazu na ochranu lidských práv či rozvoji osobnosti. Jeden dotazovaný uvedl, že *„největší výhodou deinstitutionalizace spatřuji v poskytování služeb v přirozeném prostředí“*. Celkově deinstitutionalizaci vnímají jako správnou cestu sociálních služeb, ačkoliv nevhodnou pro všechny osoby s mentálním postižením. Jeden dotazovaný uvedl, že *„asi se jedná o správnou cestu, ale z praxe mě zatím nikdo krom jednoho bývalého klienta nepřesvědčil“*.

6.5 DVO 5

Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, chráněné bydlení a ústavní zařízení?

DVO 5.1: Zjistit, jaké úskalí spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v ústavním typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem zvolit tazatelskou otázku:

- V čem jsou dle Vašeho názoru úskalí a výhody ústavního typu bydlení pro osoby s mentálním postižením?

Výsledek DVO 5.1:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku považují za úskalí ústavního typu bydlení zejména to, že v něm bydlí i jedinci, kteří danou péči nepotřebují, dále že nemají dostatečné soukromí, žijí neustále ve skupině, mají stereotyp a nemožnost si organizovat denní režim. Výhody spatřují v odborné péči, pevných pravidlech, odborném personálu, dozoru nad medikací, kvalitní stravě, bezpečí a pro některé osoby vhodné uzavřenosti před okolním světem.

DVO 5.2: Zjistit, jaké výhody spatřují sociální pracovníci na Příbramsku v chráněném typu bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Ke zjištění cíle jsem zvolil tazatelskou otázku:

- Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody a úskalí chráněného typu bydlení pro osoby s mentálním postižením?

Výsledek DVO 5.2:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vidí úskalí v chráněném typu bydlení zejména ve vyšší náročnosti na samostatnost, plánování si volného času, krizových situacích, izolovanosti, pasivitě, nevhodnosti pro každého, nepřijetí okolím či finanční náročnosti pro často nezaměstnané osoby s mentálním postižením. Výhody shledávají v samostatnosti, rozvoji osobnosti, začlenění se do běžné společnosti a žití plnohodnotného života.

DVO 5.3: Zjistit, jak vnímají sociální pracovníci na Příbramsku množství chráněného bydlení.

Ke zjištění cíle jsem zvolil tazatelskou otázku:

- Domníváte se, že je dostatek chráněného bydlení na území příbramského regionu?

Výsledek DVO 5.3:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku se domnívají, že chráněného bydlení je v tomto regionu nabízeno přiměřeně k poptávce.

DVO 5.4: Zjistit, komu by doporučili sociální pracovníci na Příbramsku a komu nikoliv chráněné bydlení a z jakého důvodu.

Ke zjištění cíle jsem zvolil tazatelskou otázku:

- Pro koho a z jakého důvodu je dle Vašeho názoru určené chráněné bydlení, komu byste ho určitě doporučili?

Výsledek DVO 5.4:

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku by doporučili chráněné bydlení zejména dospělým osobám s lehkým mentálním postižením, které se s částečnou dopomocí či sami dokáží o sebe v dostatečné míře postarat.

Shrnutí DVO 5

Z provedených rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají chráněné bydlení za vhodnou variantu bydlení zejména pro osoby s lehkým mentálním postižením, které se s částečnou dopomocí či sami dokáží o sebe v dostatečné míře postarat. Tak uvedlo 5 respondentů z 6. Jeden uvedl, že *„tento typ bydlení je vhodný určitě lidem, kteří vyrůstali v rodině a nejsou zatíženi velkokapacitní ústavní péčí. Vycházím z praxe. Klientka X žila s maminkou v Příbrami na sídlišti v paneláku, maminka zemřela a ona k nám nastoupila na celoroční pobyt v DOZP. Všichni jsme měli strach, jak zvládne takový přechod a ona je u nás velice spokojená a když ji sestra chce vzít domů na víkend, tak ji musí dlouho přemlouvat. Myslím, že u ní nevznikla závislost na službě, ani se necítila ochuzena o běžný život, ale je spokojená mezi lidmi se stejným postižením“*. Nabídku chráněného bydlení shledávají za přiměřenou k poptávce. Tak uvedlo všech 6 dotazovaných respondentů. Úskalí spatřují zejména ve vyšší náročnosti na samostatnost, nutnosti plánování si volného času, možných krizových situacích, izolovanosti, pasivity či nevhodnosti pro každého. Výhody vidí v samostatnosti, rozvoji osobnosti, začlenění do běžné společnosti či žití plnohodnotného života. Ústavní bydlení považují za vhodné zejména pro osoby, které mají těžší formu mentálního postižení a nedokáží se o sebe v dostatečné míře postarat. Úskalí ústavního bydlení shledávají v nedostatečném soukromí, neustálém žití ve skupině, stereotypu, nemožnosti organizovat si denní režim a zejména v tom, že v něm bydlí i jedinci, kteří péči nepotřebují. Tak uvedlo 5 respondentů z 6. Jeden uvedl, že *„největší úskalí shledává v tom, že klienti nemohou žít ve vlastní rodině, ať už z důvodu nezájmu, stáří či nemoci rodičů“*. Výhody spatřují v odborné péči, pevných pravidlech, odborném personálu, doзору nad medikací, kvalitní stravě, bezpečí a pro některé osoby vhodné uzavřenosti před okolním světem.

6.6 Shrnutí DVO

Jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb?

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku plyne ze shrnutí pěti dílčích cílů.

Šetření ukázalo, že sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram,

vnímají svůj region za nedostatečně nakloněný životu osobám s mentálním postižením. V regionu je dostatečná nabídka možnosti vzdělávání, avšak s nedostatkem asistentů pedagoga. Možnosti zaměstnávání jsou sociálními pracovníky považovány za nedostatečné a celkově je společnost rozdělená na dva tábory. Jeden s nimi nemá žádný společenský problém a nebojí se jich. Druhý je však odsuzuje, má z nich strach a viděl by je nejraději za plotem ústavu. Celkově však vnímají zlepšení života osob s mentálním postižením v tomto regionu oproti časům minulým, a to zejména z důvodu transformace sociálních služeb a inkluze.

Z pohledu poskytovaných sociálních služeb vnímají region a jeho možnosti pro osoby s mentálním postižením za spíše pozitivní. Nejvíce pokrytou službou je sociální poradenství, které nabízí dostatek organizací. Jedny z nejlepších služeb pro osoby s mentálním postižením poskytují organizace jako je Mela o. p. s., Nalžovický zámek p. s. s., Domov Svatý Jan či denní stacionář Alka. Tyto organizace transformací již prošly nebo procházejí. Velký problém Příbramského regionu shledávají v neexistující službě DOZP – pro těžkou formu mentálního postižení s autismem či s psychiatrickou diagnózou.

Úskalí transformace je z pohledu sociálních pracovníků na Příbramsku zejména v jejím špatném plánování, rychlé změně pro klienta, zneužívání dotací z ESF a následném zániku služby či opětovném rozhodování za klienta, kdy mu sdělují, co je pro něj nejlepší. Výhody transformace shledávají ve zvyšující se kvalitě života osob s mentálním postižením a lepším poskytování sociálních služeb. Cíl transformace považují za správný a má dle jejich názoru vést k lepšímu poskytování sociální služby, což považují za správnou cestu.

Deinstitucionalizaci sociálních služeb vnímají jako změnu řádu, struktury, filozofie a sídla služeb. Obávají se selhání komunity, rodiny či pečující osoby. Výhodu spatřují v možnosti žít doma, větším důrazu na ochranu lidských práv či rozvoji osobnosti. Celkově ji vnímají jako správnou cestu sociálních služeb, ačkoliv nevhodnou pro všechny osoby s mentálním postižením.

Ústavní bydlení považují za vhodné zejména pro osoby, které mají těžší formu mentálního postižení a nedokáží se o sebe v dostatečné míře postarat. Úskalí ústavního bydlení shledávají v nedostatečném soukromí, neustálém žití ve skupině, stereotypu, nemožnosti organizovat si den a zejména v tom, že v něm bydlí i jedinci, kteří péči nepotřebují. Výhody spatřují v odborné péči, pevných pravidlech, odborném personálu, dozoru nad medikací, kvalitní stravě, bezpečí a pro některé osoby vhodné uzavřenosti před okolním světem. Úskalí chráněného bydlení vnímají zejména ve vyšší náročnosti na

samostatnost, nutnosti plánování si volného času, možných krizových situacích, izolovanosti, pasivitě či nevhodnosti pro každého. Výhody vidí v samostatnosti, rozvoji osobnosti, začlenění do běžné společnosti či žití plnohodnotného života. Celkově nabídku chráněného bydlení v regionu shledávají přiměřenou k poptávce. Nepovažují ji však vhodnou pro každou osobu s mentálním postižením. Nezavrhují vhodnost chráněného bydlení pro osoby s těžší formou postižení. Přiklání se však k tvrzení, že tento typ bydlení je vhodný zejména pro osoby s lehčí formou mentálního postižení. Nevylučují fakt, že i jedinec s lehkým mentálním postižením nemusí mít dovednosti, znalosti a zkušenosti na to, aby zcela samostatně zvládl chráněné bydlení. Celá záležitost a vhodnost se musí řešit velmi individuálně, dlouhodobě, citlivě a s rozmyslem odborníka.

7 Diskuse

První kapitola mé práce je zaměřena na téma osob s mentálním postižením. V této souvislosti se zmiňuji o příčinách postižení či klasifikaci mentálního postižení. Jakou roli v dnešní době zaujímá takto postižená osoba ve společnosti či jak se vyvíjela představa společnosti o bydlení těchto osob. V této kapitole se také zmiňuji o problému, který se týká terminologie mentální retardace, mentálního znevýhodnění či osoby s mentálním postižením. Osobně se přikláním k používání termínu osoba s mentálním postižením. Opírám se zejména o zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., kde nalezneme v § 3 vymezení pojmu zdravotního postižení jako mentálního. Za sebe se také z etického důvodu přikláním k používání tohoto termínu. Osobně to považuji za velký problém dnešní doby, kdy není přesná definice, která by jasně vymežila pojem, na kterém by se odborníci shodli. Ve většině případů se však shodují na příčinách mentálního postižení. Uvádějí, že ne vždy jdou přesně určit. S tím se nedá než souhlasit. Příčinu totiž ovlivňuje celá řada faktorů, mezi které patří genetické dispozice či exogenní příčiny. Řada odborníků mezi příčiny uvádí také sociální faktory. Neposkytnout dítěti dostatečně podnětné prostředí, izolovat ho, neposkytnout mu dostatečné vzdělání považuji za velmi hrubé selhání rodičů. Těmto případům se musí předcházet. Dále považuji za důležité oddělovat vrozené mentální postižení a získané, získané do dvou let života se totiž nazývá demencí. V tomto případě jde o zástavu vývoje centrální nervové soustavy. Ve všech případech se klasifikuje toto postižení dle Světové organizace nemocí, která definovala stupně mentálního postižení, které je vymezeno hranicí 70 IQ, což odpovídá 70 % normy. Tyto stupně jsou dle mého názoru definovány velmi dobře.

V další části jsem se zabíral sociální a životní rolí osoby s mentálním postižením. Na základě své dosavadní praxe jsem dospěl k názoru, že dospělí jedinci s mentálním postižením řeší stejné životní otázky jako lidé zcela zdraví. Jde zejména o rodičovské role, partnerské či profesní uplatnění v životě. K tomu, aby lidé s mentálním postižením dosáhli těchto rolí, je zapotřebí vysoká míra podpory a zejména nastavení systému celé společnosti. Považuji za velký problém sehnat pro osoby s mentálním postižením pracovní uplatnění. Jak uvedl i jeden z respondentů *„nabídka práce pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku téměř neexistuje. Pokud ano, jedná se většinou o chráněné dílny provozované charitativními organizacemi mající existenční problémy. Běžní zaměstnavatelé o zaměstnávání těchto lidí nestojí pro náklady spojené se zaměstnáváním mentálně postižením osob“*. Většina firem se snaží o co největší zisky, velmi kvalitní výrobky a maximální nasazení svých zaměstnanců. Po svých zaměstnancích vyžadují

určité vzdělání, v dnešní době naprosto běžný požadavek je práce s počítačem, cizí jazyk, flexibilita či řidičský průkaz. To jim tyto osoby bohužel zaručit nedokáží, ani vzhledem ke svému IQ nemohou. Tyto požadavky z nich bohužel činí hůře zaměstnatelné osoby. Ano, existují chráněná a podporovaná pracovní místa úzce spolupracující s programem Transit, který se snaží začlenit tyto osoby do společnosti. Nicméně nabídka těchto míst je, dle mého názoru, velmi mizivá a nedostatečná. Tato situace nepřispívá těmto osobám ani k hledání svého životního partnera či partnerky. Zaměstnání podporuje a posiluje rozvoj zodpovědnosti, samostatnosti a v neposlední řadě udržování a vytváření sociálních kontaktů. Osoby s mentálním postižením řeší, dle mého názoru, stejné životní otázky, jako každý z nás. Touží mít vztah se ženou či mužem, mít své uplatnění ve společnosti a mít své bydlení. Partnerský vztah souvisí se zajímavou otázkou. Může či měla by osoba s mentálním postižením vychovávat dítě? Dotazovaný respondent uvedl, že *„rodičovskou roli osob s mentálním postižením považuji za vhodnou v případě, že osoby s mentálním postižením, které se mají stát nebo jsou rodiči, mají ve své roli podporu někoho blízkého či nějakého vhodného zařízení. V případě rodičovství nastávají situace, se kterými si osoby s mentálním postižením nedokáží poradit sami, ale s podporou je zvládnou. Samozřejmě, že záleží na míře postižení a na sociální situaci osoby s mentálním postižením“*.

Lečbych (2008) upozorňuje na to, že se v odborné literatuře můžeme mnohdy setkat s negativními aspekty, které působí na dítě, když ho vychovává jedinec s postižením. Velmi často se hovoří o tom, že rodič s mentálním postižením nedokáže či neumí dítě dostatečně stimulovat a že ho celkově zanedbává. Lečbych (2008) uzavírá, že je velmi potřebné vzdělávat a trénovat budoucí i současné rodiče s mentálním postižením. Aby správně stimulovali rozvoj dítěte a napomáhali mu k rozvoji, je zapotřebí, aby se účastnili také intervenčních programů. Na základě Lečbycha (2008) a výpovědí respondentů bych doporučil, aby se v zařízeních poskytujících odbornou péči pro mentálně postižené kladl větší důraz na rodinnou výchovu. Tato výchova by měla vést k lepšímu poznání a osvojení rodičovské i partnerské role. Klienti by měli umět navazovat sociální kontakty a poradit si s běžnými nástrahami života. K tomu by mělo dopomoci, dle mého názoru, kladení většího důrazu na tento typ výchovy.

Ale kde mají dle názoru sociálních pracovníků bydlet osoby s mentálním postižením? Kdybychom žili v době minulé, v době komunismu, odpověď by zněla v ústavním typu bydlení, aby nebyli lidem na očích. Nikdo by se nad tím pravděpodobně nepozastavil. Naštěstí žijeme v 21. století, doba pokročila, lidem se otevřely oči. Osoby s mentálním postižením mají možnost volby. To je dle mého názoru ohromný posun. Dá se

říct, že považujeme tyto osoby za sobě rovné, a to je dobře. Trendem dnešní doby je inkluze, integrace, deinstitucionalizace či transformace sociálních služeb. Řada odborníků, a já s nimi souhlasím, tvrdí, že možnost volby by neměla být odepřena nikomu. Mají možnost bydlet v chráněných typech bydlení či v podpoře samostatného bydlení. Aby se však tento trend mohl stát běžnou realitou, je bez pochyby nutné těmto osobám pomoci a podpořit je při osvojování si role dospělého člověka. Je třeba si uvědomit, že pro tyto osoby je obtížné si zvykat na nové prostředí. Jsou zvyklé na stereotyp a svůj zažitý prostor. Je nutné jim poskytnout poradenství a asistenci, aby nebyly na vše samy a neměly pocit samoty a prázdnoty.

Hlavní problém ústavů shledávám na základě svých zkušeností v prostorovém přetížení. Osoby s mentálním postižením žijí v jedné budově ve velkém počtu. Pokoj sdílí například ve 4 lidech, u stolu sedí ve skupinkách apod. Z toho důvodu nemají možnost vést svůj soukromý život, dělat si co uznají za vhodné a neustále se podřizují své výchovné skupině. Výchovná skupina z pravidla činí 5 až 8 členů. Každý člen má za povinnost se podřizovat druhým. Napadá mě také nedostatek prostoru, který může vést k porušování bezpečnostních předpisů. Svým způsobem je to příklad socialismu. Ke stěžejním bodům socialismu patřilo, že se někde nacházel někdo, kdo vše věděl lépe než já. Věděl také moc dobře, co je pro mě vhodné, dobré, ať se mi to líbilo či nikoliv. Daný jedinec vše věděl nejlépe. Pokud jsem se nepodřídil, dostal jsem určitý postih. Je zapotřebí respektovat právo volby. Pokud je někdo v ústavu, nemá v podstatě na toto právo nárok. Doporučuji tedy brát v potaz zejména právo volby. Aby si daný jedinec mohl sám určit, kde chce žít.

Výhodou chráněného bydlení je dle mého názoru samostatnost, která motivuje jedince k rozvoji. Samostatnost pramení ve všech běžných činnostech života, které musí dělat sami. V ústavním bydlení je běžné, že většinu činnosti dělají za klienty vychovatelé. V chráněném bydlení jsou na vše sami nebo je jim péče poskytována v nezbytně nutné míře. To jim pomáhá k rozvoji osobnosti. Začínají být jistí sami sebou. Zdokonalují se v jemné motorice. Mají možnost začít žít sexuální či partnerský život. Trendem ústavního bydlení je jednopohlavní skupina lidí. V chráněném typu bydlení tento trend zaniká. Mají možnost se setkávat a navazovat kontakty s kýmkoliv. Žití běžného života jim dává možnosti v podobě samostatného rozhodování, navštěvování kulturních zařízení, vzdělávání se, samostatného využívání hromadné dopravy, zařizování si důležitých věcí na poště, využívání zdravotní péče apod. Všechny tyto aspekty bezpochyby vedou ke zlepšení kvality života a dalšímu výraznému rozvoji soběstačnosti.

Vzhledem k tomu, že se v mé diplomové práci věnuji osobám s mentálním postižením, v další kapitole jsem se zaměřil také na poskytovatele sociálních služeb, sociální služby, které mohou využívat a výhody či úskalí chráněného bydlení a ústavního typu bydlení. Samotnými poskytovateli mohou být státní neziskové organizace, nestátní neziskové organizace, organizace zřizované obcí či krajem apod. Z mého hlediska je velmi dobře, že tuto službu může poskytovat víceméně kdokoli, kdo splňuje požadavky, které jsou definované v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. Domnívám se, že nároky na poskytovatele jsou přiměřené náročnosti služby a jsou správně definované. Považuji za velmi vhodné, že je jasně vymezené vzdělání, které každý pracovník v sociálních službách či sociální pracovník musí splňovat. Nepovažuji totiž za vhodné, aby tuto práci vykonávala osoba, která o této oblasti nic neví. Doporučuji tedy držet se správně a jasně vymezených pravidel a norem, které určuje zákon o sociálních službách.

Dalším tématem bylo ústavní bydlení versus chráněné bydlení. Osobně si dokážu představit, že člověk, který nemá osobní zkušenosti s osobou s mentálním postižením, řekne, že je pro tyto osoby lepší žít v ústavním typu bydlení. Já však souhlasím s řadou odborníků, kteří jsou názoru, že lepší variantou je chráněné bydlení. Jak uvedl jeden z respondentů „*chráněné bydlení jim umožňuje samostatné bydlení a získání schopnosti péče o svou osobu*“. Ano, dává jim to možnost žít v přirozeném, běžném prostředí, v bytě či domě. Organizují si svůj volný čas, plánují si aktivity a stávají se tak součástí společnosti. Tyto možnosti jim v žádném případě, dle mého názoru, nemůže poskytnout žádný ústavní typ bydlení. Je na to ale třeba hledět z více hledisek. Dle mého názoru není chráněné bydlení vhodné pro osoby, které se o sebe nedokáží v dostatečné míře postarat 24 h/den. Domnívám se, že by se pak chráněné bydlení značně finančně nevyplatilo. Jak uvedl jeden z respondentů „*služba chráněného bydlení je ekonomicky dost náročná*“. Chtěl bych ale zdůraznit, že se jedná o dílčí argument. Prioritou je kvalita života, ta se zvyšuje, a to je důležité. Doporučil bych ale zvýšení finanční podpory, aby integrovaný jedinec mohl vše snáze zaplatit. Ať už se jedná o nájem, jídlo či asistenta. Protože například celodenní přítomnost osobního asistenta nepatří k levným záležitostem. Můj názor vychází z osobní zkušenosti, z mé aktuální pracovní pozice, kdy poskytujeme osobní asistenci. Cena za hodinu práce osobního asistenta je 130 Kč, při dvou a více hodinách po sobě 108 Kč/hod. Pokud je tedy služba každý den, každou hodinu, jedná se pak o částku 80 352 Kč za 31 dnů. Nedovedu si představit, že by osoba s mentálním postižením při současných příspěvcích na péči dokázala zaplatit osobního asistenta. V tomto uvedeném příkladu by

také, dle mého názoru, chráněné bydlení ztratilo jednu ze svých základních myšlenek, a to rozvoj samostatnosti.

Následující kapitolu jsem věnoval deinstitucionalizaci, jejímu vývoji a cíli, a dále transformaci a jejímu právnímu ukotvení, průběhu a fázím. Z pohledu světového rozvoje si je třeba přiznat, že Česká republika je v trendu deinstitucionalizace a transformace značně pozadu. Tato myšlenka k nám přišla až ke konci 80. let 20. st., kdy ve světě byla realizována a diskutována v té době již 30 let. Co si však pod pojmem deinstitucionalizace představit? Opět to řada odborníků definuje různým způsobem. Osobně ji chápu jako poskytování sociální služby mimo ústavní zařízení. Jeden z respondentů uvedl, že „jde o změnu řádu, struktury, filozofie a sídla služby“. Čámský, Sembner a Krutilová (2011) ale označují deinstitucionalizaci za poskytování sociální služby v přirozeném prostředí. S tím nemůžu souhlasit. Pro mnoho osob s mentálním postižením je přirozené prostředí to, ve kterém aktuálně žijí čili ústavní typ bydlení. Cíl deinstitucionalizace je, dle mého názoru, řízené rušení ústavního typu bydlení a přechod ke komunitnímu typu poskytování sociální služby. Pro mě osobě je cíl nastavený velmi „násilně“. Opět budu vycházet z mé praxe. Mám tu čest znát osobně několik mužů s mentálním postižením, kteří odešli z ústavního typu bydlení. Všichni do jednoho mají ústavní bydlení spojené se stereotypem a řízeným programem dne, se kterým nesouhlasili. Nicméně když jsem se jich zeptal, co dělají v krizových situacích jako je např. zlomenina nohy, nemoc, všichni řekli: „vracím se do Domova, tam se o mě postarají“. Domnívám se, že když integrovaní jedinci přijdou o myšlenku, že se mají kam vrátit, nebude integrace fungovat. Transformace se dá označit jako dlouhodobý proces změny financování, místa služby a řízení, respektive přechod od ústavního typu bydlení ke komunitním službám. Domnívám se, že tento proces je dobře nastaven, ne však pro každého. Je vhodný pro osobu, která se v dostatečné míře dokáže o sebe postarat, pokud nedokáže, tak bych tento proces nedoporučil. Právní ukotvení transformace sociálních služeb nalezneme v zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Cílem empirické části mé práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, a ta zní: Jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb? Toto téma jsem si vybral zejména proto, že je momentálně velmi aktuální a stává se velikým dilematem z pohledu všech pracovníků, kteří se o sociální oblast zajímají. Osobně se pohybuji v oboru sociální práce již šestým rokem, během těchto let jsem prošel řadou cílových skupin, od dětí po seniory. Nejvíce se zajímám o tu, která je hlavním tématem práce.

Na základě odpovědí z provedených polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají zlepšení života osob s mentálním postižením v tomto regionu oproti časům minulým. Zejména z důvodu transformace sociálních služeb a inkluze. Pokud se ohlédneme do minulé doby, byly osoby s mentálním postižením vnímány velmi negativně. Nebylo tomu tak jenom na Příbramsku, ale v celé České republice.

Osoby s mentálním postižením byly zavírány do velkých ústavů, aby nebyly lidem na očích a byli všichni pod jednou střechou. To se dnes už naštěstí neděje a vnímají to i sociální pracovníci na Příbramsku. Jeden z respondentů například uvedl *„myslím si, že život osob s mentálním postižením je v příbramském regionu lepší než před lety. Domnívám se, že je to zásluhou tolik prosazované integrace, inkluze, transformace či že se o daném tématu více mluví ve společnosti“*. Já osobně to vnímám stejně. Jsem velmi rád, že doba pokročila a můžeme tyto osoby potkávat ve společnosti, v kinech, v restauračních zařízeních, v zaměstnáních apod. Jak jsem již uvedl výše, osobně mám tu čest znát několik mužů integrovaných do společnosti. Jsou to velmi přátelští a pracovití lidé. Je s nimi legrace a číší z nich upřímnost a radost. Jejich zranitelnost však může pramenit z jejich velké důvěry v okolí. Této vžitě důvěře se nelze divit. Jsou k ní vedeni po celou dobu pobytu v ústavním typu bydlení. Mají a musí důvěřovat svému okolí. Ve většině případů se setkávají pouze s velmi přátelskými vychovateli či vychovatelkami. Ti se je, dle mých zkušeností, rozhodně nesnaží okrást, což může nastat v běžném životě, například u sousedů, kteří zjistí, jak důvěřiví lidé vedle nich bydlí. Bohužel tuto zkušenost opravdu jeden z mých integrovaných přátel má. Byl okraden sousedem. Vyrovnávání se s touto zkušeností pak není vůbec jednoduché. Naštěstí, když potřebuje, měl a stále má oporu v sociální pracovníci z Domova XX, odkud se integroval. I tak vnímám na Příbramsku zlepšení kvality života pro osoby s mentálním postižením. Nebýt transformace sociálních služeb, nikdy by můj kamarád nezjistil, že ve společnosti nežijí pouze přátelští a milí lidé, ale že existují i podvodníci a zloději. Nepoznal by, že může chodit do kina, restaurace nebo navazovat partnerský vztah.

Výhody transformace shledávají respondenti ve zvyšující se kvalitě života osob s mentálním postižením a v lepším poskytování sociálních služeb. Cíl transformace považují za správný a má dle jejich názoru vést k lepšímu poskytování sociální služby, což považují za správnou cestu. Jak uvedl jeden z respondentů *„správná volba to podle reakcí a akcí rozhodně je“*. Ke zvyšování kvality života, dle mého názoru, bezesporu dochází. Jak jsem uvedl výše, díky transformaci sociálních služeb dostává, dalo by se říct, jejich život nový

rozměr. Začínají, dle mého názoru, užívat života v plné jeho síle. Poznávají na vlastní kůži, jak se žije ve společnosti. Setkávají se s radostmi ale i s neřestmi dnešní doby. S cílem transformace se stejně jako sociální pracovníci na Příbramsku ztotožňují. Má vést a dle mého názoru i vede, k lepšímu poskytování sociální služby. Ústavní typy bydlení se změnilo nebo mění na bydlení komunitního typu. Najednou se nejedná o velké skupiny jedinců žijících pod jednou střechou, ale o několik rozdělených, dalo by se říct, rodin. Zde je poskytována služba daleko kvalitnější, osobnější a přímější. Vznikají cvičné domácnosti, snižují se kapacity lůžek, pokoje jsou již maximálně dvoulůžkové, vznikají chráněná bydlení a podpora v samostatném bydlení. Domnívám se, že je to správná cesta i přes možnou finanční náročnost. Doporučil bych zvýšení finanční podpory pro zlepšení životní situace jedince, který je ve většině případů, jak výše zaznělo, bez možnosti zaměstnání. Prioritou je kvalita života osob s mentálním postižením, ta se transformací sociálních služeb výrazně zvýší, a to je z mého hlediska hlavní a důležité.

Výhody deinstitucionalizace spatřuji v možnosti žít doma, větším důrazu na ochranu lidských práv či rozvoj osobnosti. Jak uvedl jeden z respondentů *„osoby mohou žít doma s podporou rodiny či jiné pečující osoby, nemusí se stěhovat do ústavního zařízení buď vůbec, anebo zbytečně předčasně a mohou žít tam, kde chtějí, kde jsou zvyklí, kde mají domov, přátele, komunitu“*. Celkově ji vnímají jako správnou cestu sociálních služeb, ačkoliv nevhodnou pro všechny osoby s mentálním postižením. Považují za velmi důležité ke každému jedinci přistupovat individuálně, ne pouze na základě teorie, ale praktických zkušeností s jedincem. Výhody chráněného bydlení vidí v samostatnosti, rozvoji osobnosti, začlenění do běžné společnosti či žití plnohodnotného života. Opět musím zdůraznit, že se ztotožňují se sociálními pracovníky z Příbramska. Výhodou deinstitucionalizace je, i dle mého názoru, možnost žít doma a velký důraz na rozvoj osobnosti. Domnívám se, že rozvoj osobnosti nastává zejména zvyšováním samostatnosti, navazováním sociálních kontaktů, případně možností pracovního uplatnění apod. Z mého hlediska zejména samostatnost a navazování sociálních kontaktů rozvíjí osobnost člověka nejvíce. Osoba s mentálním postižením se dostává do situace, kdy mu už nikdo neříká, co má dělat. Nemá svůj týdenní program, nemá vychovatelkou naplánovanou vycházku v 15 hod., nemá plánovaný výlet do ZOO, nemá vstávat v 6:30, aby stihl snídani. Je v situaci, kdy je vše na něm. Je otázkou, jak se s tím jedinec srovná. Zde mě napadá, že je velmi důležité, aby si jedinec prošel cvičným bydlením, což doporučuji za velmi vhodnou cestu integrace jedince do společnosti. Tam by měl možnost si vše vyzkoušet. Zde by se ukázalo, jak mu to případně půjde a jak to bude zvládat fyzicky a zejména psychicky. Pokud cvičný byt

ukáže, že jedinec má na to žít sám, je to výborná zpráva a může se posunout dále. I tak je, dle mého názoru, na místě, aby byl zpočátku v chráněném bydlení navštěvován. Dle mých zkušeností, prožívají integrování jedinci v prvních týdnech, měsících pocity smutku a osamění. Jak uvedl jeden z respondentů „*úskalí vidím v izolovanosti a pasivitě*“. Tomu všemu je zapotřebí předcházet, aby se nedostavily pocity, že na to daný jedinec nemá. Je třeba je podporovat a vést k aktivitě. I tyto případy se však mohou stávat. Z rozhovorů mimo jiné vyplynula zkušenost jedné ze sociálních pracovníků, která uvedla „*klient dlouhá léta využíval službu DOZP, v rámci transformace byl přestěhován do chráněného bydlení do velkého města, do bytu, kde se necítil dobře – skončil v psychiatrické léčebně*“. Hlavním důvodem bylo, že mu chyběl pevně stanovený týdenní či měsíční program, a hlavně vyžadoval pokyny. I přes tuto negativní zkušenost vnímám deinstitucionalizace za správný směr plný možností a nového poznání. Jak už výše zaznělo, doporučuji, aby se ke všem osobám s mentálním postižením přistupovalo individuálně. Nejsou všichni stejní, nemají všichni stejné pocity, nemají všichni stejné zkušenosti či stejnou minulost.

„Lidé by neměli zapomínat, že každý z nich je originál“

Gabriel Laub

Z empirické části mé diplomové práce i z mých zkušeností ze zaměstnání s mentálně postiženými tedy vyplynulo, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají transformaci sociálních služeb spíše pozitivně. Nepovažují ji však vhodnou pro každou osobu s mentálním postižením. Nezavrhují vhodnost chráněného bydlení pro osoby s těžší formou postižení. Přiklání se však k tvrzení, že tento typ bydlení je vhodný zejména pro osoby s lehčí formou mentálního postižení. Nevylučují fakt, že i jedinec s lehkým mentálním postižením nemusí mít dovednosti, znalosti a zkušenosti na to, aby zcela samostatně zvládl chráněné bydlení. Celá záležitost a vhodnost chráněného bydlení se musí řešit velmi individuálně, dlouhodobě, citlivě a s rozmyslem odborníka.

Závěr

Cílem mé práce bylo stručně popsat proces, vývoj a cíle transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a doplnit jej o empirické kvalitativní šetření. Zaměřil jsem se na tyto procesy z důvodu jejich aktuálnosti a nejednotnosti názorů odborníků na praktičnost a reálnost. V zahraničí je situace o poznání vyspělejší, kdy samotný proces transformace praktikují již delší dobu. Hlavním cílem mé práce bylo s pomocí odborné literatury shromáždit podstatné informace a na jejich základě uvést praktická doporučení, která budou účelná v souvislosti s možnostmi osob s mentálním postižením na Příbramsku. Tato doporučení uvádím v průběhu diskuse a na konci tohoto textu. Dále bylo mým cílem zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb. Cílem práce nebyla analýza transformace sociálních služeb v České republice v celé její šíři. Cílem mé práce nebyl ani reprezentativní výzkum či vědecká analýza dat. Čerpal jsem z článků odborných časopisů a knih zejména českých odborníků, kteří se tomuto tématu nejvíce věnují nebo k němu mají blízko. Práci jsem rozdělil do pěti hlavních kapitol, které se týkají osob s mentálním postižením, dále charakteristiky sociálních služeb, transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. Ve čtyřech kapitolách se mi podařilo formulovat proces, vývoj a cíle transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, čili cíl byl naplněn.

Stěžejní částí celé práce byla pátá kapitola o vnímání transformace sociálních služeb sociálními pracovníky na Příbramsku. V této části jsem provedl polostrukturované rozhovory s 6 sociálními pracovníky, kteří mají minimálně vyšší odborné vzdělání a délku praxe v sociálních službách vyšší než jeden rok. Čtyři z nich byli z pobytových zařízení pro osoby s mentálním postižením a dva z odboru sociálních služeb. V této části bylo zjištěno, že sociální pracovníci na Příbramsku vnímají transformaci sociálních služeb spíše pozitivně. Nepovažují ji však vhodnou pro každou osobu s mentálním postižením. Nezavrhují vhodnost chráněného bydlení pro osoby s těžší formou postižení. Přiklánějí se však k tvrzení, že tento typ bydlení je vhodný zejména pro osoby s lehčí formou mentálního postižení. Nevylučují fakt, že i jedinec s lehkým mentálním postižením nemusí mít dovednosti, znalosti a zkušenosti na to, aby zcela samostatně zvládl chráněné bydlení. Celá záležitost a vhodnost chráněného bydlení se musí řešit velmi individuálně, dlouhodobě, citlivě a s rozmyslem odborníka. Tímto zjištěním byl naplněn cíl mé práce.

Nyní uvedu shrnutí mých doporučení, která budou účelná v souvislosti s možnostmi osob s mentálním postižením na Příbramsku. Doporučil bych, aby klienti, kteří mají

potenciál jít do chráněného typu bydlení, byli nejprve pečlivě „vyzkoušeni“ cvičným typem bydlení, který nám dá určitý obrázek o tom, jak osamostatnění zvládnou. Dále bych doporučil, pokud se již stane klient ústavního bydlení samostatným jedincem v chráněném typu bydlení, aby jej pravidelně navštěvoval sociální pracovník či klíčový pracovník Domova, kde dosud bydlel. Odstraní se tím pocit osamění a nejistoty z budoucna. Zároveň se předejde pasivitě a izolovanosti. Navštěvující pracovník by měl integrovaného klienta dostatečně motivovat a podporovat v jeho rozvoji. V souvislosti s integrací do společnosti bych doporučil, aby byl kladen větší důraz na rodinnou východu v Domově, odkud přichází. Tento druh výchovy by jim měl otevřít oči v otázkách vztahů s potenciálními partnery, starání se o dítě a řešení těžších životních událostí. Dále bych doporučil, aby se nadále Domovy a další poskytovatelé sociálních služeb řídili zákonem o sociálních službách, který je dle mého názoru dobře nastaven. Další mé doporučení se týká individuálního přístupu ke každému klientovi Domova. Je nezbytně nutné, aby se všichni jedinci nedávali do jednoho „pytle“ dle mentální úrovně, ale aby byli posuzováni dle vlastních schopností, dovedností, minulosti a potenciálu. Celkově se domnívám, že proces transformace je dobře nastaven, doporučil bych ho však pouze jedinci, u kterého bych měl jistotu, že se o sebe dokáže v dostatečné míře postarat. V závěru bych doporučil a zároveň si přál, aby se zvýšila finanční podpora, aby jedinec, který se integruje, finančně nestrádal, ale naplno se rozvíjel. S tím souvisí zamyšlení se potencionálních zaměstnavatelů nad tím, zda velký zisk a kvalitní zboží je více nežli štěstí a radost osoby s mentálním postižením.

„Člověk přišel na svět proto, aby tady byl, pracoval a žil. Jen moudrý se snaží náš svět postrčit dál, posunout výš. A jen vůl mu v tom brání.“

Jan Werich

Seznam použité literatury

- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměněn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.
- ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan, KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v terorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 97880-246-1565-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- CHÁB, Milan, Milena JOHNOVÁ. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
- SKUTIL, Martin a kol. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 97880-247-1733-3.
- KŘÍŽKOVSKÁ, Petra, TOMALOVÁ, Petra a kolektiv. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 128 s. ISBN 978-80-244-3375-2.
- KOL., MPSV. *Bydlení (nejen) pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vydání. AMOS Typografické studio, spol. s r.o., 2012. ISBN: 978-80-7421-042-6
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 9788024420714.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-2473148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.
- MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKA NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ: *MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

- MÜHLPACHR, Pavel. *Vývoj ústavní péče: (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3.
- PANČOCHA, Karel, PROCHÁZKOVÁ, Lucie, SAYOUD SOLAROVÁ, Kateřina. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 272 s. ISBN 978-80210-6306-8
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 9788073151980.
- PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.
- SCHOTT, Heinz. *Kronika medicíny*. Praha : Fortuna Print , 1994 - 1.v. 80-85873-16-8
- SLÁDEK, Miloš. *Inspekce kvality v residenčních zařízeních sociálních služeb – etické aspekty*. 1. vyd. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 2013. 221 s. ISBN 978-80-87398-37i.
- ŠESTÁKOVÁ, Irena. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012. ISBN 9788074210426.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8506-7.
- VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha:Portál, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206965.
- VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTECH Stanislav. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VANČOVÁ, Alica. *Základy pedagogiky mentálně postižených*. Bratislava: Sapia, 2005. ISBN 978-80-968797-6-2.
- VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 8073150719.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Dot. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80718-4203-6.

Internetové zdroje

ČASOPIS SOCIÁLNÍ PRÁCE. 2013. Příloha č. 1 *Transformace ústavní péče*. Dostupné z: <http://www.socialni prace.cz/index.php?sekce=2&podsekce=&ukol=1&id=68>

MPSV, Zákon o sociálních službách, Základní druhy a formy sociálních služeb, § 33 - § 70, [online]. [citováno 29.12. 2017]

MPSV (2010): *Podpora transformace sociálních služeb*. [online]. Dostupný z: «<http://www.mpsv.cz/cs/7058>» [cit. 11.02.2018].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007, poslední revize 26.3.2017 (citováno 8.1.2018), Dostupné http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

MPSV. *Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb*. [online]. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0. Dostupný z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/text.pdf>

JOHNOVÁ, Milena. *Zkušenosti s transformací ústavní péče* [online]. 2008, [citováno 8.1.2018]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000637.pdf>

Seznam příloh

Příloha č.1 Informovaný souhlas se získáním a zpracování dat z rozhovoru.

Příloha č.2 Přepis provedeného rozhovoru

Příloha č.1

Informovaný souhlas s rozhovorem a jeho použitím

V rámci diplomové práce s názvem „Transformace sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků v pobytových službách na Příbramsku“, která je realizována na HTF UK, jste byl/a vybrán/a a požádán/a o spolupráci. Cílem práce je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb. Vaše účast při rozhovoru je dobrovolná. Vaší povinností není v žádném případě odpovědět na všechny otázky. Je zcela na Vás, jaké zkušenosti a informace v rozhovoru sdělíte.

Pro potřebu následné analýzy se rozhovor s Vámi bude nahrávat. Na základě Vaší žádosti může být nahrávání kdykoliv přerušeno či celé zrušeno. Části rozhovoru nebo celý rozhovor bude pravděpodobně přepsán do textové podoby. Se získaným záznamem rozhovoru lze v rámci této diplomové práce zacházet jakýmkoliv způsobem. Vzhledem k tomu, že si velmi vážím Vaší ochoty spolupracovat, budu vždy plně respektovat omezení, které případně pro využití záznamu udělíte.

Vyberte, prosím, jednu z následujících možností.

- Souhlasím, aby byl rozhovor pro účely tohoto výzkumného zpracování použit bez jakýchkoliv zvláštních úprav; není třeba ho anonymizovat, pokud bude uváděn jako celek či jako interní materiál. Pokud nastane situace, že bude materiál citován, lze použít mé jméno i příjmení.
- Souhlasím, aby byl rozhovor pro účely tohoto výzkumného zpracování použit bez jakýchkoliv zvláštních úprav; není třeba ho anonymizovat, pokud bude uváděn jako celek či interní materiál. Pokud nastane situace, že bude materiál citován, nepřejí si, aby bylo uváděno mé jméno a příjmení.

V případě jakýchkoliv dotazů se obraťte přímo na výzkumníka Filipa Wágnera (email: wagnerfilip@email.cz).

e-mail:

telefon:

Datum rozhovoru:

Jméno výzkumníka:

Podpis výzkumníka:

Vaše jméno:

Váš podpis:

Příloha č.2

Přepis provedeného rozhovoru

Jak vnímáte postoj společnosti k osobám s mentálním postižením? *Myslím si, že postoj společnosti k lidem s MR je stále dost odtažitý, i když se v posledních letech významně posunul k lepšímu. Díky integraci osob s MR do ZŠ a díky snaze zapojit tyto osoby do běžného zaměstnání se postoj společnosti mění. Dříve byly osoby s MR vyloučené ze společnosti a tzv. nebyly tolik na očích. Mnozí se báli kontaktu s nimi, protože věřili, že mohou být pro ně nebezpečné. Dodnes se setkávám s názory, převážně starších lidí, že tomu tak bylo správně a že není dobré osoby s MR integrovat do běžné společnosti. Díky transformaci sociálních služeb, převážně domovů pro osoby se zdravotním postižením, se v dnešní době stává, že osoby s MR již nebydlí na okrajích malých obcí v uzavřeném komplexu budov, ale stávají se právoplatnými občany i větších měst využívající všech místních veřejných služeb. Nyní je možné osoby s MR běžně potkávat v obchodech, v knihovně, v zaměstnání, ve škole, na ulici. Postoj společnosti se tímto mění, lidé zjišťují, že jsou to také „lidé“ a nepředstavují pro ně žádné riziko, přestávají se jich bát. Osoby s MR se nyní běžně stávají sousedy, kolegy, spolužáky. Mladí lidé to již začínají brát jako samozřejmost, ve starších lidech ještě zůstává jakási odtažitost a obava z přímého kontaktu.*

Když by za Vámi přišel rodinný příslušník osoby s mentálním postižením, nebo on/a sám/a, jaké služby byste mu doporučil/a na Příbramsku, za pro něj vhodné, důležité a proč? *Vše záleží na míře postižení a na sociální situaci osoby s MR. Primárně bych nabízela pobytové sociální služby a služby, které vyplňují smysluplně volný čas, učí novým dovednostem a dávají možnost sociálního kontaktu s jinými lidmi. Pokud bydlí osoba s MR s nějakým rodinným příslušníkem předpokládám, že pobytovou sociální službu akutně nepotřebuje, ale i tak bych ji pravděpodobně nabídla. Pokud je osoba s MR schopna žít v chráněném bydlení, myslím si, že je vhodné toho využít. I osoby s MR je důležité osamostatňovat, nechat je žít, tak jak je to běžné. Běžné je v dospělosti opustit „rodinné hnízdo“ a tak by tomu mělo být i u osob s MR. Nabízela byste tedy domov pro osoby se zdravotním postižením? *Domov pro osoby se zdravotním postižením bych pravděpodobně nenabízela, pokud osoba s MR může žít v rodinném prostředí. Dle mého názoru nejsou tyto typy zařízení ještě na takové úrovni, aby mohly plnohodnotně nahradit život v rodině. Věřím ale, že postupem času v rámci transformace sociálních služeb se tento můj názor změní, a i DOZP bude moci nabídnout dospělým lidem s MR kvalitní alternativní způsob života.**

Jaké služby byste nabízela? *Dle sociální situace a dle míry postižení bych dále nabízela denní stacionář, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci, podporované zaměstnávání, chráněné dílny, aj. Například Denní stacionář ALKA, STD MELA o.p.s., Stéblo, z.s., STD Nalžovický zámek, p.s.s.*

Jaký druh sociální služby a z jakého důvodu je dle Vašeho názoru dostatečně či nedostatečně pokrytý v příbramském regionu? *Jako velký problém, a to nejenom v Příbramském regionu, vidím kombinaci mentálního postižení s psychiatrickou diagnózou. Toto je problém po celé republice. Značná část osob s MR má přidruženou psychiatrickou diagnózu, popř. diagnózu MR s poruchami chování. Tyto osoby jsou velmi těžko umístitelné do jakéhokoliv zařízení. Domovy se zvláštním režimem jsou beznadějně plné a doba čekání na umístění je v řádu několika let. Tyto osoby často zůstávají po zbytek života v psychiatrické nemocnici, protože pro ně není volné místo ve vhodném zařízení.*

Považujete nabídku pracovních míst pro osoby s mentálním postižením v tomto regionu za dostačující či nedostačující a z jakého důvodu? *Nedostačující, z důvodu nízké podpory. Mám známé i na úřadu práce a jsou podobného názoru.*

Jaký máte názor na nároky a požadavky na poskytovatele sociálních služeb? *Nároky na poskytovatele sociálních služeb jsou dle mého názoru adekvátní. Pouze mám pocit, že všeobecně narůstá administrativa a v tom množství papírů a povinností se ztrácí obyčejný lidský kontakt a čas na komunikaci přímo s klienty sociálních služeb.*

Co myslíte, že by pomohlo osobám s mentálním postižením k lepšímu začlenění do společnosti? *Vřelý přístup společnosti, pokračování v transformaci a deinstitucionalizaci a větší nabídka chráněných pracovních míst.*

Jak vnímáte dostupnost vzdělání a celkově vzdělanost osob s mentálním postižením na Příbramsku? *Dostupnost a kvalitu vzdělání vzhledem ke své dosavadní praxi nedokážu posoudit. Nyní spolupracuji se Střední školou Euroinstitut, která je dle mého názoru skvělou nabídkou pro osoby s MR žijící v DOZP nebo CHB. Pracuji s dospělými lidmi v DOZP či CHB převážně na Sedlčansku. Tyto osoby jsou velmi málo vzdělané a jejich jedinou možností, jak si vzdělání doplnit, je právě Euroinstitut, kterého někteří využívají.*

Jak byste charakterizoval/a možnosti a zaměstnávání osob s mentálním postižením v příbramském regionu? *Zaměstnávání ano, ale pouze s asistentem (doprovod a dohled druhé osoby, která není zaměstnancem), aby se zaměstnavatel nemusel starat o osobu s MR nad rámec svých povinností a neměl s ní žádné výdaje navíc. Takový je můj dojem z převážné většiny zaměstnavatelů, s kterými jsem se setkala.*

Jaký máte názor na sexualitu a partnerský život osob s mentálním postižením? *Pro většinu dospělých osob s MR, které znám, je sexualita tabu, bojí se. Partnerský vztah vyhledávají, ale sexuálního kontaktu se obávají. Nemají žádné vědomosti o této oblasti a celý život to berou jako naprosté tabu. Nechtějí o tom hovořit, stydí se. Projevy sexuality bývají často neadekvátní.*

Jak vnímáte rodičovskou roli osob s mentálním postižením, z jakého důvodu ji považujete za vhodnou či nevhodnou? *Rodičovskou roli osob s MR považuji za vhodnou v případě, že osoby s MR, které se mají stát nebo jsou rodiči, mají ve své roli podporu někoho blízkého či nějakého vhodného zařízení. V případě rodičovství nastávají situace, se kterými si osoby s MR nedokáží poradit sami, ale s podporou je zvládnou. Samozřejmě, že záleží na míře postižení a na sociální situaci osoby s MR.*

Pro koho a z jakého důvodu, je dle Vašeho názoru určené chráněné bydlení, komu byste ho určitě doporučili? *Chráněné bydlení bych doporučila dospělé osobě, která je schopna vzhledem ke svému postižení, alespoň částečné samostatnosti a chce žít spolu se svými vrstevníky.*

Domníváte se, že je dostatek chráněného bydlení na území příbramského regionu? *Ano, domnívám se, že tento typ služby je na území Příbramska zastoupen v přiměřené míře.*

Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody a úskalí chráněného typu bydlení pro osoby s mentálním postižením? *Výhody jsou například osamostatnění osob s MR, začlenění do běžné společnosti, osoby s MR mohou žít se svými vrstevníky běžným způsobem života a je jim poskytována péče jen v nezbytně nutné míře. Úskalím mohou být vyšší nároky na samostatnost, plánování volného času, krizové situace. V běžném životě nastávají situace, se kterými si osoby s MR nevědí rady. Záleží na nastavení CHB, zda je služba 24hodinová či nikoli. Setkávám se s tím, že osoby, které byly zvyklé na 24 hodinovou péči a přešli do CHB s nižší mírou podpory, nevědí, co mají dělat. Byly zvyklé na celodenní péči a na to, že jim asistent vždy řekl, co mají v daný okamžik dělat. V případě, že na CHB není 24hodinová služba asistenta, setkávám se s tím, že klienti většinu času stráví u televize, neví, jak vyplnit volný čas, jak se starat o domácnost. Takzvaně čekají na pokyn.*

V čem jsou dle Vašeho názoru úskalí a výhody ústavního typu bydlení pro osoby s mentálním postižením? *Úskalí vidím v přepečování osob s MR, asistent a služba jako taková dělá většinu věcí za ně. V kuchyni zařízení jim uvaří, v prádelně vyperou. Všechno dostávají pod nos, i přesto že by některé úkony zvládaly buď samostatně, nebo s dopomocí asistenta. Poté jim vzniká přemíra volného času, který neví, jak vyplnit. Naštěstí se tato*

situace již mění a také v ústavních typech zařízení dochází k transformaci. Na domácnosti se například pořizují pračky tak, že si klient může občas vyprat sám. Setkávám se s tím, že si klienti zařízení třeba jednou týdně vaří sami. Výhodou ústavního typu zařízení může být pro některé osoby jejich uzavřenost, pevná pravidla. Setkala jsem se i s případem, kdy klient zařízení velmi špatně snášel transformaci. Nedokázal se přizpůsobit a chtěl se přestěhovat do více ústavního typu zařízení s tím, že mu to takto vyhovuje více. Rozvolnění hranic, rozhodování sám za sebe a otevření se okolnímu světu prostě nechtěl.

Co si představíte pod pojmem transformace sociálních služeb? Pro mě je to přeměna. Jakákoliv přeměna sociální služby k lepšímu místu pro klienty. Ať už je to přeměna malá či velká, vítám jakoukoliv změnu k lepšímu, aby se osoby, jež je využívají, cítili lépe.

Jak vnímáte cíl a právní ukotvení transformace sociálních služeb? Cíl je dle mého názoru správný, cesta k cíli už tak moc ne. Právní ukotvení není dostačující.

Jaké spatřujete výhody v transformaci sociálních služeb? Hlavní výhodou je zvýšení kvality sociálních služeb a tím i kvality života osob, jež je využívají.

Jaké spatřujete úskalí v transformaci sociálních služeb? Dle mého názoru jsou některé transformace vedené příliš rychle a osoby využívající službu se nedokáží takto rychle změně přizpůsobit. Dále vidím problém v často špatném plánování transformace. Setkala jsem se s tím, že klienti pobytové sociální služby se během 2 let stěhovali i třikrát. Nejdříve z DOZP na CHB, potom do jiného CHB v jiném městě. Tohle podle mě není dobrý způsob, klienti nemají čas se se změnou vyrovnat, vytvořit si někde domov a zvyknout si. Potom často selhávají, mají psychické a zdravotní problémy.

Domníváte se, že transformace sociálních služeb je správnou volbou? Ano. Jaký je dle Vašeho názoru rozdíl mezi transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb? Transformace je komplexní přeměna sociálních služeb. Ať už se jedná o financování, vedení, vzdělávání. Cílem by měla být péče o člověka v co nejvíce přirozeném prostředí, v domácnosti, v rodinném domě. Aby měl člověk s postižením možnost o sobě rozhodovat, pečovat o sebe a o svou domácnost. Změna z ústavu na běžnou domácnost. Deinstitucionalizace je změna z ústavního typu blíže ke komunitě. Aby lidé s postižením nebyli zavřeni v zařízení, které tvoří komplex budov a za celý život se z něho nedostanou ven, ale aby byli součástí komunity. Aby mohli žít běžným způsobem života, v běžném domě se zahradou, aby měli sousedy, kamarády ze stacionáře, z knihovny, aby mohli využívat veřejných služeb, dojet si ke kadeřníkovi, do restaurace. Aby nebyli vázáni pouze na zařízení, ve kterém jsou umístěni. Zároveň je zde

snaha o předcházení další institucionalizaci lidí žijících ve své domácnosti. Snaha je o co největší podporu osob a jejich okolí, které jim umožňuje žít doma mimo ústavní zařízení.

Jaká jsou dle Vašeho názoru úskalí deinstitucionalizace sociálních služeb? Selhání komunity, rodiny, pečující osoby. Snaha o žití doma za každou cenu i přesto, že pečující osoby již nemají sílu, chuť, motivaci, selhávají a dochází k oboustranné nespokojenosti. Úskalí je i přepečování osob, o které je pečováno, převážně ze strany rodičů, matek. Komunita nechce osoby přijmout, má k nim negativní postoj, bojí se jich.

Jaké jsou dle Vašeho názoru výhody deinstitucionalizace sociálních služeb? Osoby, které mohou žít doma s podporou rodiny či jiné pečující osoby, se nemusí stěhovat do ústavního zařízení buď vůbec, anebo zbytečně předčasně a mohou žít tam, kde chtějí, kde jsou zvyklí, kde mají domov, přátele, komunitu.

Považujete deinstitucionalizace sociálních služeb za správnou cestu? Ano. Pro koho a z jakého důvodu, je dle Vašeho názoru určené chráněné bydlení, komu byste ho určitě doporučili? Chráněné bydlení bych doporučila dospělé osobě, která je schopna vzhledem ke svému postižení, alespoň částečné samostatnosti a chce žít spolu se svými vrstevníky.

Co byste doporučil/a pro praxi, na základě svých zkušeností, budoucím sociálním pracovníkům? Být otevřený novým poznatkům a směrům... Naslouchat, komunikovat a být lidský... Nesnažit se pomáhat – zachraňovat za každou cenu. Někteří o to nestojí. Je jim dobře tak, jak jsou. Co je normální a správné pro nás, nemusí být pro jiné. Někdo prostě chce bydlet pod mostem, nechce chodit do práce a my to musíme respektovat... Důležitá je praxe, ne teorie... důležitý je člověk, ne papír ...

Abstrakt

Diplomová práce se nazývá: Transformace sociálních služeb z pohledu sociálních pracovníků v pobytových službách na Příbramsku. Cílem mé práce je stručně popsat proces, vývoj a cíle transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb a doplnit jej o empirické kvalitativní šetření. Toto téma je momentálně velmi aktuální a stává se velkým dilematem z pohledu všech pracovníků, kteří se o sociální oblast zajímají. Hlavním cílem mé práce je s pomocí odborné literatury shromáždit podstatné informace a na jejich základě uvést praktická doporučení, která budou účelná v souvislosti s možnostmi osob s mentálním postižením na Příbramsku. Tato doporučení uvádím v průběhu diskuse a v závěru. Dále jsem zjistil, jak vnímají sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením na Příbramsku nebo na odboru sociálních služeb Příbram, transformaci sociálních služeb. Cílem práce není analýza transformace sociálních služeb v České republice v celé její šíři. Cílem mé práce není ani reprezentativní výzkum či vědecká analýza dat. Čerpal jsem z článků odborných časopisů a knih zejména českých odborníků, kteří se tomuto tématu nejvíce věnují nebo k němu mají blízko. Práci jsem rozdělil do pěti hlavních kapitol, které se týkají osob s mentálním postižením, dále charakteristiky sociálních služeb, transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. Stěžejní částí celé práce je pátá kapitola o vnímání transformace sociálních služeb sociálními pracovníky na Příbramsku.

Abstract

The diploma thesis is called: Transformation of social services from the perspective of social workers in residential services in Příbram. The aim of my work is to briefly describe the process, development and objectives of transformation and deinstitutionalization of social services and to supplement it with an empirical qualitative survey. This topic is currently very topical and becomes a big dilemma from the point of view of all workers who are interested in the social area. The main aim of my work is to collect essential information with the help of professional literature and to put forward practical recommendations that will be useful in connection with the possibilities of people with mental disabilities in Příbram. I give these recommendations during the discussion and at the conclusion. I also found out how social workers who work in residential facilities for people with mental disabilities in Příbram or the department of social services Příbram perceive the transformation of social services. The aim of the thesis is not to analyze the transformation of social services in the Czech Republic in its entirety. The aim of my work is neither representative research nor scientific data analysis. I

drew from the articles of professional journals and books especially Czech specialists who are most interested in this topic or close to it. I divided the thesis into five main chapters, which deal with people with mental disabilities, characteristics of social services, transformation and deinstitutionalisation of social services. The central part of the thesis is the fifth chapter on the perception of the transformation of social services by social workers in Příbram.