

Univerzita Karlova v Praze, M. D. Rettigové

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

katedra - ústav: speciální pedagogiky

Zadání diplomové práce

Jméno a příjmení:	Iveta Trnková
Datum narození:	12.08.1983
Adresa:	Josefa Janáčka 951, Pardubice 12
Obor studia:	Speciální pedagogika
e-mail:	<u>Ikacek12@seznam.cz</u>
Název práce v českém jazyce:	Hodnocení kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů v závislosti na nabídce sociálních služeb v Pardubicích
Název práce v anglickém jazyce:	Quality of life of persons with mental disabilities from the perspective of their parents, depending on the supply of social services in Pardubice.
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.
Datum:	Podpis

Univerzita Karlova v Praze, M. D. Rettigové

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Hodnocení kvality života osob s mentálním
postižením z pohledu jejich rodičů v závislosti
na nabídce sociálních služeb v Pardubicích

Autor: Bc. Iveta Trnková, DiS.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.

Praha 2011

Název:

Hodnocení kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů v závislosti na nabídce sociálních služeb v Pardubicích.

Abstrakt:

Ve své diplomové práci se zabývám hodnocením kvality života osob s mentálním postižením ze strany jejich rodičů. V práci je užito kvantitativního pedagogického výzkumu, konkrétně dotazníkového šetření. V první části jsou shrnuty vybraná teoretická východiska týkající se problematiky mentálního postižení a kvality života osob s mentálním postižením. Ve druhé části diplomové práce je popsáno výzkumné šetření, kterými metodami bylo zjišťováno, jaké strategie byly použity a které výzkumné položky byly zjišťovány. Získané výsledky jsou shrnuty v závěrečné části práce. Cílem této diplomové práce bylo zmapovat, zda je nabídka sociálních služeb v Pardubicích podstatným ukazatelem kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů. Z výsledků vyplývá, že tomu tak není.

Klíčová slova:

Mentální postižení, kvalita života a hodnocení kvality života, lidské potřeby, sociální služby, standardy sociálních služeb.

TITLE:

Quality of life of persons with mental disabilities from the perspective of their parents, depending on the supply of social services in Pardubice.

SUMMARY:

In my diploma work deals with evaluating the quality of life of persons with intellectual disabilities by their parents. The work used quantitative educational research, specifically survey. The first section summarizes selected theoretical background on the issue of mental disability and quality of life of people with intellectual disabilities. In the second part of my thesis is described by the research, which was investigated methods, what strategies were used and research items have been collected. The results obtained are summarized in the final part. The aim of this thesis was to explore whether a range of social services in Pardubice significant indicator of quality of life of people with intellectual disabilities from the perspective of their parents. The results show that it is not.

KEYWORDS:

Mental disability, quality of life and quality assessment of life, human needs, social services, standards of social services.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem literárních pramenů a informací, které cituji a uvádím v seznamu použité literatury a zdrojů informací.

Praha

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Janu Šiškovi, Ph.D., vedoucímu závěrečné práce za odborné vedení, poskytování odborných rad a materiálových podkladů pro vypracování této diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ A KVALITY ŽIVOTA	12
1.1 POJEM MENTÁLNÍ RETARDACE	12
1.2 MENTÁLNÍ RETARDACE JAKO PROMĚNNÁ	13
1.3 HLAVNÍ ZNAKY MENTÁLNÍ RETARDACE.....	15
1.4 TYPY POSTIŽENÍ	15
1.5 POHLED NA POJEM MENTÁLNÍ RETARDACE	17
1.6 PŘÍSTUP K POSTIŽENÝM V MINULOSTI	18
1.7 KVALITA ŽIVOTA	19
1.8 VYMEZENÍ KVALITY ŽIVOTA	21
1.9 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	22
1.10 KVALITA ŽIVOTA A LIDSKÉ POTŘEBY	24
1.11 KVALITA ŽIVOTA A LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	27
1.12 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	30
1.13 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
1.14 SLUŽBY PRO RODINU S MENTÁLNĚ POSTIŽENOU OSOBOU	34
1.15 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	37
1.16 NABÍDKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OSOBY V PARDUBICÍCH A BLÍZKÉM OKOLÍ.....	39
1.17 KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V PARDUBICÍCH	43
2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	44
2.1 VÝCHODISKA VÝZKUMU – HYPOTÉZY	44
2.2 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY VÝZKUMU	45
2.3 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	45
2.4 STRATEGIE VÝZKUMU – POSTUP ZÍSKÁVÁNÍ ÚDAJŮ	47
2.5 MÍSTO.....	47
2.6 ZAJIŠTĚNÍ RELIABILITY A VALIDITY	47
2.7 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	48
3 ANALÝZA DAT DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	49
3.1 SLEDOVANÉ POLOŽKY	49
3.2 SHRNUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	56
3.3 VERIFIKACE HYPOTÉZ	58
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
ELEKTRONICKÉ ZDROJE	63
INFORMAČNÍCH VÝTISKY	64
SEZNAM PŘÍLOH	65
PŘÍLOHA Č. 1	66
PŘÍLOHA Č. 2	67

PŘÍLOHA Č. 3	68
PŘÍLOHA Č. 4	74

Úvod

V této diplomové práci se zaměřuji na hodnocení kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů a to v závislosti na nabídce sociálních služeb v Pardubicích. Kvalita života je pojímána z mnoha pohledů. V mé diplomové práci je pojem kvalita života srovnáván s nabídkou sociálních služeb. Sociální služby napomáhají klientům pohybovat se ve světě sociálních interakcí. Jak již zdůrazňuje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla podepsána dne 13. prosince roku 2006 v New Yorku, osoby s postižením by měly být schopny plně se podílet na všech aspektech života-tedy i právo sociálního začlenění. (Schalock, 2010)

Sociálnímu vyloučení se také věnuje Evropský sociální program, jehož součástí je i boj proti chudobě zahrnutý v Národním akčním plánu jako součást Národní zprávy o strategiích sociální ochrany a začleňování.

Sociální služby zároveň také umožňují neustálé sebezdokonalování se a sebevzdělávání například díky volnočasovým aktivitám. Sociální služby by měly umožnit osobám s mentálním postižením plnohodnotně prožít jejich život i v případě, že zůstaly bez rodičů či jiných příbuzných a opatrovníků.

Tímto tématem se zabývají autoři v odborných člancích, jako například Schalock v článku Models of disability, quality of life, and individualized supports.

V české literatuře je kvalita života rozebírána autory jakými jsou například Eva Dragomirecká, Marie Blahutková, Anna Hogenová, Jaro Křivohlavý a Jan Payne. A nejvíce je rozebírána v diplomových pracích studentů a to zejména ve spojení s konkrétním zařízením sociálních služeb. V mnoha případech se jedná o zkoumání kvality života osob s mentálním postižením v domovech pro zdravotně postižené a v denních centrech a stacionářích.

Zaměřila jsem se na kvalitu života osob s mentálním postižením v Pardubicích a to z pohledu jejich rodičů. Důvod výběru tohoto města byl jeden zásadní. Žije zde má rodina spolu s mou mentálně postiženou sestrou a problematika služeb v Pardubicích mi je tedy blízká. Touto otázkou se s rodiči zabýváme velmi často a to hlavně z důvodu budoucího života mé sestry a jejích ostatních vrstevníků.

Mnoho z rodičů mentálně postižených osob v mém okolí si pomalu začíná klást otázku: „Co bude s našimi dětmi, až tady my nebudeme?“ Po několika diskusích o možnostech využívání různých služeb pro mentálně postižené osoby jsme se shodli na tom, že někteří rodiče vůbec nejsou dostatečně informováni o nabídce služeb a že některé služby nám zcela chybí.

Výzkumný cíl

Výzkumným cílem má být to, co se pokouší plánovaný výzkum objasnit, jaká data a poznatky chce přinést. Jaký problém hodlá vyřešit nebo k jeho řešení přispět. (Gavora, 2010)

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat, zda je nabídka sociálních služeb v Pardubicích podstatným ukazatelem kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů. Tyto údaje jsou potencionálně využitelné při projednávání otázek zbudování dalších služeb v Pardubicích, které by se měly věnovat především klientele osob s mentálním postižením.

Výzkumný problém

Výzkumný problém se zabývá vlivem aktuální nabídky sociálních služeb v Pardubicích na možné snížení kvality života osob s mentálním postižením.

Součástí výzkumného šetření diplomové práce bylo testování několika hypotéz, popsaných v kapitole Výzkumné šetření.

Nejprve je ale nutné si objasnit některé pojmy jako například mentální postižení a jeho dělení, kvalita života a hodnocení kvality života, lidské potřeby vs. kvalita života, sociální služby, standardy sociálních služeb.

1 Teoretická východiska mentálního postižení a kvality života

1.1 Pojem mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, protože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3 % mentálně postižených lidí. (Vágnerová, 2000)

Mentální retardace jako „zastřešující“ termín pro jedince s poruchami intelektu se začal šířející používat v odborné terminologii až po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně. Postupně jím byla nahrazována řada analogických termínů – jako například duševní úchylnost, duševní abnormalita, duševní opožďení, rozumová zaostalost, intelektová abnormalita, slabomyslnost, mentální defekt, oligofrenie. (Bajo – Vašek, 1994).

Přitom je nutno zdůraznit, že může mít výše zmíněný pojem širší i užší význam. V mnohé odborné literatuře se s ním často setkáváme ve smyslu tzv. oligofrenie čili ve smyslu organicky podmíněného poškození CNS vzniklého v prenatalním či postnatalním vývojovém období. Zavrhnout však nemůžeme ani širší pojetí, jež nezohledňuje jenom tuto etiologii. Sám o sobě je termín odvozen od latinského mens, 2. p. mentis – mysl, rozum a retardare – zdržet, zaostávat opožďovat; ve svém moderním globálním pojetí však vystihuje medicínské, psychologické a sociální aspekty života mentálně retardovaného člověka od narození až po smrt – což z něho vytváří pojem interdisciplinárního charakteru.

Tento charakter se také promítá do širokého spektra definic, které jsou vytvářeny dle výchozích teoretických postojů jednotlivých definujících autorů

Definice mentální retardace zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ) vycházejí z rozdělení jedinců podle stupně inteligence. Při zdůrazňování IQ jako základního kritéria, bývají za mentálně retardované považovány všechny osoby, jejichž rozsah inteligence je nižší než pásmo hraniční (IQ 70–80). (Muller, 2001)

1.2 Mentální retardace jako proměnná

Jak uvádí Šiška, v tradičním pojetí je MR odvozena od stanovení hranice ve výsledcích diagnostických testů inteligence. Poté, co je hranice zakreslena, lidstvo je rozděleno na dvě skupiny – na „normální“ a „retardované“. Do roku 1959 panoval mezi odborníky konsensus ve 3 % výskytu mentální retardace v populaci vycházejícího z psychometrické hranice 75 bodů IQ. V roce 1959 Americká asociace pro mentální postižení revidovala psychometrické určení mentální retardace na 1 a více standardní odchylky. Podle této definice bylo v populaci 16 % mentálně retardovaných. V roce 1973 AAMD mentální retardaci předefinovala na 2 a více standardní odchylky a mentální retardací byla postižena 2 % populace.

Objevuje se později potřeba vytvořit novou definici, která by mentální retardaci vymezila jako proměnnou veličinu danou vztahem jedince a prostředí. K přidělení nálepky „mentální retardace“ jedinci musí vést k vytvoření profilu potřebné podpory. AAMR aktualizovalo v roce 2002 definici MR takto: mentální retardace je snížená schopnost charakterizovaná výraznými onemocněními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování. To se projevuje v sociálních, pojmových a praktických dovednostech.

Snižovat negativní důsledky mentálního postižení v naplňování sociálních rolí je jedním ze stěžejních úkolů organizací poskytující služby lidem s mentálním postižením.

Pojmosloví mentální retardace

Změny v pojmosloví v oblasti mentální retardace potvrzují skutečnost, že termíny označují negativní lidskou odchylku, jakou je mentální retardace, obsahuje hluboce zakořeněné mýty, které nejsou statické, podléhají změnám. Jak se mění opodstatněnost některých mýtů, ztrácejí s nimi související terminologické pojmy na aktuálnosti. Odborná terminologie dneška se pomalu stává souborem pejorativních termínů zítřka. „Debil“, „imbecil“, „idiot“ nevyjadřují dnes nic jiného než společenskou degradaci a veřejné zostuzení.

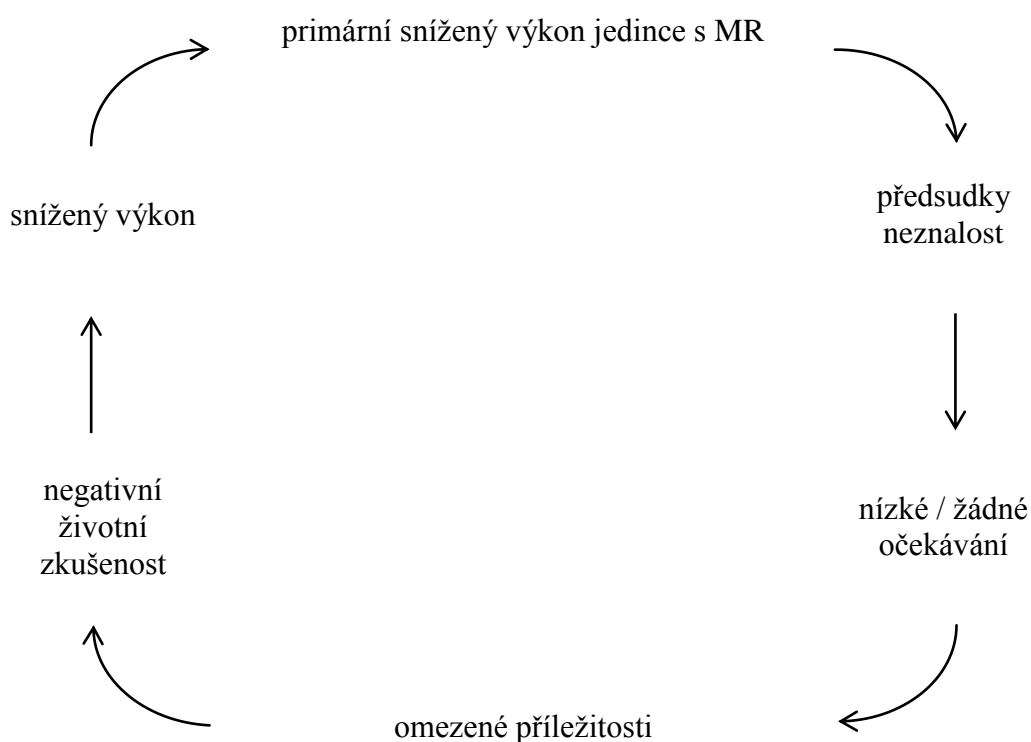
V některých zemích se z důvodu pejorativního obsahu starších názvů zavádějí nové pojmy jako např. postižení intelektu, nebo obtíže ve vzdělávání. Dokonce ve Velké Británii bylo snahou respektovat v pojmosloví názory samotných lidí. Změny v terminologii zde iniciovalo hnutí sebeobhájců. (Šiška, 2005)

Také u nás je patrná snaha se oprošťovat od používání stigmatizujícího pojmosloví a nové pojmosloví propracovávat v souladu s novými paradigmaty. V obecné rovině začíná hovořit o jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami.

Za jednu z příčin sociálního znevýhodňování jedinců s mentální retardací a postupné pejorativnosti odborných termínů v oblasti mentální retardace jsou považovány společenské předsudky. Rozumíme tím zformovaný postoj k nějakému objektu projevující se bez ohledu na individualitu nebo povahu tohoto objektu. Člověk, který má předsudky, nezvažuje při posuzování druhých žádná alternativní vysvětlení.

Předsudky se zaměřují především na nepřátelskost vůči členům etnických menšin nebo postižených. Jednotlivé projevy odsuzování: Očerňování, Izolace, Diskriminace, Vyhlazování. (Šiška, 2005)

Proces devalvace člověka s mentální retardací



1.3 Hlavní znaky mentální retardace

- **Nízká úroveň rozumových schopností**, která se projevuje zejména nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.
- Postižení je **vrozené**.
- Postižení je **trvalé**, přestože je možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného vývoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů. (Dostupný na: <http://web.telecom.cz/domovsvateanezky/mentalni-retardace.htm>, cit. 2006-04-22)

1.4 Typy postižení

Lehká mentální retardace F 70

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Patří sem: lehká slabomyslnost – oligofrenie

lehká mentální subnormalita

debilita

Střední mentální retardace F 71

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let).

Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školní dovednosti.

Patří sem: střední mentální subnormalita

střední slabomyslnost

imbecilita (Muller, 2001)

Těžká mentální retardace F 72

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let).

Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Patří sem: těžká mentální subnormalita

těžká slabomyslnost

idioimbecilita

Hluboká mentální retardace F 73

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky).

Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

Patří sem: těžká mentální subnormalita

hluboká slabomyslnost

idiocie

Jiná mentální retardace F 78

Neurčená mentální retardace F 79

Patří sem: mentální:

. deficit NS

. subnormalita NS

. slabomyslnost NS

Podle MKN – 10 se k základnímu kódu stupně mentálního postižení přidává kód vyjadřující postižení chování:

0. – žádná nebo minimální porucha chování

1. – významná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu

8. – jiné poruchy chování

9. – bez zmínky o poruchách chování (Muller, 2001)

Hraniční pásmo mentální retardace:

V desáté decenální revizi MKN není obsaženo pásmo, které je ohraničeno hodnotami IQ od 70 do 80. Toto pásmo představuje stupeň inteligence na úrovni mírného až hlubokého podprůměru. V tomto pásmu se nachází většina žáků zvláštních škol. (Muller, 2001)

1.5 Pohled na pojem mentální retardace

Do dnešní doby bylo použito mnoho různých termínů pro mentální retardaci. Například duševně vadní, rozumově vadní, děti s vadným rozumovým vývojem, děti se sníženou rozumovou schopností, slabomyslní, oligofrenní, mentálně opoždění, mentálně retardovaní.

V současné době se i přes některé námitky používá pro označení poruch spojených s opožděním rozumového vývoje pojem mentální retardace. Jeho používání doporučuje i Světová zdravotnická organizace. Ze současného stavu poznatků vyplývá, že nejvýraznějším projevem mentální retardace je celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a vyznačuje se nedostatky v adaptivním chování. Nedostatky se zejména projevují ve zpomaleném, zaostávajícím vývoji, v omezených možnostech vzdělávání a v nedostatečné sociální přizpůsobivosti. (Edelsberger, Kábele, 1988)

1.6 Přístup k postiženým v minulosti

Historická podmíněnost

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy lidé, kteří se odlišovali od ostatních svými smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem museli vyrovnávat v závislosti na vývoji celé společnosti.

Hodnoty a normy ve společnosti vznikají v rámci určité kultury a jako takové jsou samozřejmě podmíněny historicky, tj. úrovní celého vývoje lidské společnosti, ale i konkrétními podmínkami života té které společnosti.

Každá společnost ve své kultuře stanovuje určitý ideál, který odpovídá jejím potřebám, náboženským a ideovým základům, té které kultury.

Z toho také pak vyplývá stanovení toho, co je normální a co nikoli. (Vágnerová, 2000)

Společenský tlak se vztahuje na vnímání a přijímání jednotlivých členů společnosti. Ti, kteří nejsou jako všichni, kteří se odlišují od ostatních, a to nejen v chování, jsou zpravidla vnímáni jako cizí, ohrožující nebo nebezpeční.

Lze tedy říci, že vztah k lidem, kteří se odlišují od ostatních, je v určitém smyslu založen už ve způsobu vývoje osobnosti člověka – tedy především v sociální podmíněnosti osobnosti.

Závislost jedince na sociálním prostředí je zvláště výrazná na primitivních úrovních vývoje společnosti. Člověk je tím více závislý na své skupině, čím nižší je úroveň společnosti. Závislost jedince je dána tlakem vnějších okolností.

Vztah k postiženým je tedy obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektu individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost a její jednotliví členové schopna překročit konvence a stereotypy, postižený nebude vnímán pouze pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo soucitem. Každý člověk musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami. (Vágnerová, 2000)

1.7 Kvalita života

Definice kvality života podle Matouška: „Komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá kvantifikovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástrojem užívaným k hodnocení kvality života jsou obvykle sebeposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor...Kombinace metod je vždy vhodnější než spoléhat na validitu jedné metody. Kvalitu života však až na výjimky nelze určovat nezávisle na informacích od posuzovaného člověk“ (Matoušek, 2003)

Definice podle Světové zdravotnické organizace: „Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Jak tvrdí Payne, poprvé byl pojem kvalita života zmíněn již ve 20. letech tohoto století avšak otázkou kvality života se lidé zabývali odedávna. Jako první zmínil pojem „kvalita života“ Pigou v roce 1920 v souvislosti s ekonomikou a sociálním zabezpečením. Byl diskutován zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí.

Tento termín se opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšení kvality života Američanů, což by mělo být cílem domácí politiky. Tím mínil, že ukazatel společenského blaha není prostá kvantita spotřebního zboží (how much), ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (how good). Tento termín se pak začal používat jako určitá alternativa konceptu „společnost hojnosti“ (affluent society), který byl v té době stále častěji zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské prosperity.

O něco později, v 70. letech, také německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kdy od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou

například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. (Payne, 2005)

Teprve v 80. letech se kvalita života stala přesněji definovaným pojmem používajícím se k hodnocení způsobu života jak zdravých osob, tak i osob s nejrůznějším zdravotním onemocněním a potížemi.

Také se používal název „happiness“ a to zejména v anglosaské terminologii, často spjatý i s výrazem „pleasure“. Tedy jedná se o prožitek štěstí, radosti. Je výraznou součástí komplexu osobní pohody. Nejvíce se blíží pojmu komplexu osobní pohody pojem blaženosti – eudaimonía. Tato blaženost reprezentuje dle Aristotela pro člověka nejvyšší dobro uskutečnitelné lidským jednáním. Blaženost je také více než štěstí – eutychie, které může být někdy pouze náhodné, závisící na náhodě. Blaženost též obsahuje mravní rozměr, tedy předpokládá též úsilí o mravní dokonalost. Je uskutečňováním a naplňováním ctnosti. (Kebza, 2005)

1.8 Vymezení kvality života

Existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Jde o pojetí ze sociologického, psychologického a medicínského hlediska.

Sociologické pojetí kvality života

Kvalita života je „odborný pojem, vyjadřující a operacionalizující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení.“ (Vaňurová, 2005, s. 14) Je zde posuzována podle indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví a nemoci, úrovně bydlení, mezilidských vztahů, volného času, možností podílet se na řízení společností, dále pak podle osobního i kolektivního bezpečí, sociálních jistot a občanských svobod.

Psychologické pojetí kvality života

Z psychologického hlediska jde o snahu zachytit prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

Podle Payna jde o:

- *spokojenost se životem* – zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- nebo pak jde o *prožívanou subjektivní pohodu* – kdy je kladen důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takového. (Payne, 2005)

Medicínské pojetí kvality života

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). V tomto případě zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. „Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu.“ Vypovídá tedy o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince.

1.9 Dimenze kvality života

Kvalita života je předmětem zájmu psychologů, sociologů, politologů, medicíny, enviromentalistů, techniků, ekonomů a dalších. V současné době je studium kvality života novým interdisciplinárním oborem, zabývajícím se výzkumem kvality života na různých úrovních od hodnocení životní národní populace přes porovnání potřeb specifických skupin obyvatel až po měření individuální spokojenosti. Upřednostňuje se vícespektrální holistická koncepce člověka jako bio – eko – psycho – sociální jednoty.

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozlišuje čtyři oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum či postižení.

- Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti – energie, únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na pomoci
- Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, negativní a pozitivní city, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, víra, spiritualita
- Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita
- Prostředí – finanční zdroje, sociální a zdravotní péče, domácí prostředí, získání nových dovedností, fyzikální prostředí

Při studiu kvality života je třeba brát v úvahu vývoj, proměny v prostoru a času, společenské souvislosti, historické a kulturní kořeny, civilizační generační změny. Významnou roli v pojmání kvality života zaujímá náboženství a víra.

Pro koncept kvality života je klíčový pojem pocit pohody, který pramení z tělesné, duševní a sociální vyrovnanosti každého jedince. Z tohoto pojetí vyplývá, že kvalita života je dána subjektivním vnímáním individuální životní reality.

Na obecné rovině lze tedy říci, že se pojem kvality života pohybuje mezi životní úrovní a spokojeností, přičemž objektivnímu pólu je blíže v politice, ekonomii a subjektivnímu v medicíně, sociologii a psychologii. (dostupné na: www.utoronto.ca/qol/concepts.htm, cit. 2011-02-25)

Dosud nebyl vytvořen jeden ustálený, všeobecně platný model kvality života nebo jeho univerzálně platná definice, metodologická shoda, zahrnující jednotlivé dimenze kvality života. Kvalita života je pojem obtížně uchopitelný a měřitelný. (dostupné na: www.utoronto.ca/qol/concepts.htm, cit. 2011-02-25)

1.10 Kvalita života a lidské potřeby

S kvalitou života úzce souvisí lidské potřeby a motivace. Jejich uspokojování je u každého člověka individuální, ale přesto existují základní potřeby společné pro každého.

Abraham Maslow - americký psycholog - uvedl v roce 1943 svou slavnou teorii potřeb.

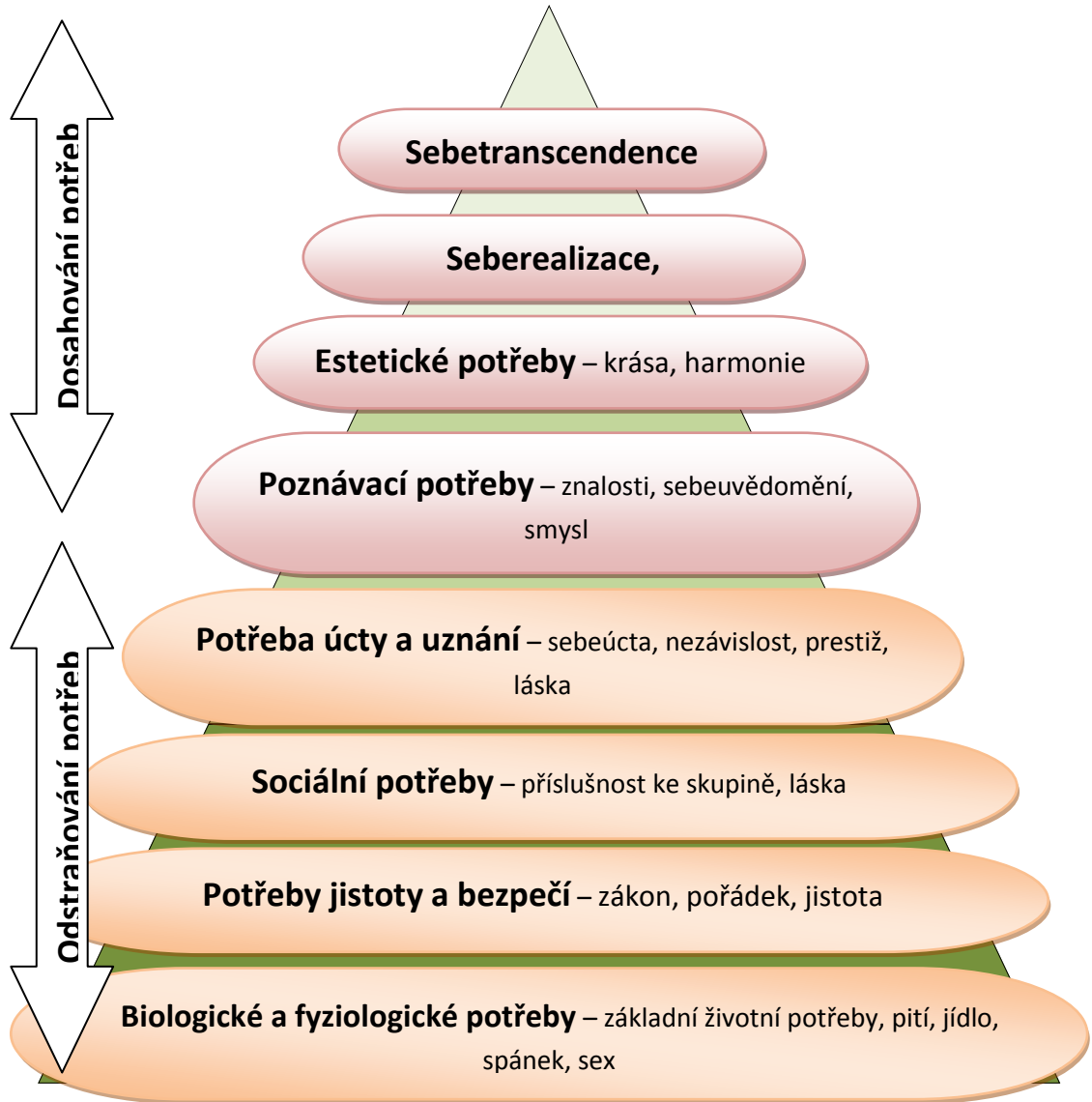
Maslow v ní zobrazoval lidské potřeby jako pyramidu, na které vysvětluje, že člověk nejdříve potřebuje uspokojit své fyziologické potřeby – hlad a žízeň, potřebu bezpečí, jistoty, potřebu sounáležitosti, uznání, úcty a nakonec potřebu seberealizace. Obecně je platné, že potřeby v nižších patrech pyramidy jsou pro lidi významnější a musí být alespoň částečně uspokojeny tak, aby člověk mohl přejít k potřebám na vyšší úrovni. V praxi to znamená, že člověk potřebuje mít nejprve zajištěny základní potřeby, potřebuje dýchat, mít co jíst, co pít, mít domov a přátele a až teprve potom se zajímá o potřeby na vyšší úrovni. Poté už předchozí uspokojené potřeby nevnímá jako svoji prioritu.

Lidé jsou tedy motivováni určitými potřebami a tyto potřeby tvoří hierarchickou strukturu. Ta je tvořena dvěma hlavními skupinami: potřebami **odstranění** nějakého nedostatku (tzv. D-potřeby, jako Deficiency Needs) a potřebami **dosažení** něčeho (tzv. B-potřeby, od Being Values).

Nejsou-li uspokojeny D-potřeby, je pocíťována úzkost a snaha odstranit nedostatek, snaha zaplnit chybějící potřebu. Je-li potřeba uspokojena, není pocit žádný. A to je významný rozdíl od potřeb B skupiny, ve které nejen, že existuje dobrý pocit z naplnění těchto potřeb, ale naplněním této potřeby jsme dokonce motivováni o to více.

V rámci D-potřeb existují čtyři hierarchické úrovně: nejprve člověk uspokojuje své základnější lidské potřeby, které jsou dány evolucí, a po jejich uspokojení se snaží o naplňování vyšších neuspokojených potřeb. Pokud se objeví nedostatek v nižších vrstvách, člověk se nebude starat o vrstvy vyšší a vrátí se zpět k uspokojování těch základních. (dostupné na: <http://www.vedeme.cz/>, cit. 2011-03-14)

Maslowova hierarchie potřeb:



Teorie Abrahama Maslowa byla od svého vzniku v roce 1943 autorem postupně doplňována a rozšiřována: pětiúrovňový model, ve kterém byla v B-potřebách pouze seberealizace, se změnil na současný osmiúrovňový. Lidé, kteří dosáhli seberealizace a sebenaplnění občas zažívají stav, ve kterém si jsou vědomi nejen svého plného potenciálu, ale také něčeho, co je samotné přesahuje.

Tento stav sebetranscendence či spirituality Maslow umístil na úplný vrchol své pyramidy. Připustil ale, že sebetranscendence nemusí být nutně podmíněna naplněním nižších potřeb. Dosažení stavu sebenaplnění je ideál, který představuje úplné porozumění toho, kdo daný jedinec je, pocit hlubokého a integrálního naplnění. Veškeré individuální potřeby jsou tedy naplněny. Dílo je dovršeno a není nic, co by ještě zbývalo. Nutně nastává konec v nehybnosti. (dostupné na: <http://www.vedeme.cz/>, cit. 2011-03-14)

1.11 Kvalita života a lidé s mentálním postižením

Čím silnější je zátěž vyvolaná typem postižení, tím je potřeba většího úsilí pro zmírnění nevyrovnanosti mezi osobou s postižením a ostatní populací. Na tyto osoby by tedy měla být zaměřena veškerá dostupná zdravotní a sociální péče, umožňující jim pomoci jejich handicap překonávat a přispět tak ke zvýšení kvality jejich života.

Medicínský model popisuje zdravotní postižení jako „problém primárně zapříčiněný nemocí nebo jinou situací a lékařskou péčí považuje za požadavek pro uzdravení a řešení problému.“ Ne však všechny druhy postižení se dají léčit a vyléčit, je pouze možné vhodnou a soustavnou odbornou péčí jejich následky zmírnit a usnadnit tak osobám s postižením jejich běžný každodenní chod života.

Světová zdravotnická organizace (WHO) „popisuje omezení, spojované s postižením jako z velké většiny sociální problém. Toto pojetí nesdílí zcela předpoklad, že všechna postižení jsou založena na funkčním defektu nebo že tato omezení představují primární problém, se kterým se musejí osoby s postižením vyrovnávat.“ Obtíže osob s postižením často pramení z nedostatku vědomostí, sociálních stereotypů a postojů jejich okolí. Z těch pak vyplývá i častá diskriminace nebo úplná lhostejnost k osobám s postižením. (Vaďurová, 2005)

Často se také poukazuje na potlačování práv osob s mentálním postižením, Tato práva by neměla být v žádném případě zanedbávána. Konkrétní práva uvádím v příloze č. 1. Deklarace o právech mentálně postižených, vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

Lidé s mentálním postižením jsou obvykle posuzováni nejen jako odlišní, ale také nepřipravení nebo neochotní se přizpůsobit všem sociálním situacím. Výsledkem mohou být pak narušené sociální vztahy. Pro člověka je tohle očekávání velkou psychickou zátěží a může se negativně projevit v kvalitě jeho života. (Pipeková, 2006)

Společnost by měla vytvářet ty podmínky, které by se snažily co nejvíce odstraňovat tyto negativní projevy, a přispívala ke zlepšení života těchto lidí. K tomu přispívá vznik nových forem péče o mentálně postižené osoby, nové přístupy k těmto lidem, realizace nejrůznějších projektů. Jednou z takových snah je projekt pro posílení kvality a kapacity NNO (nestátních neziskových organizací)

– **Projekt Empowerment.**

Tento pojem obsahuje společenskou a ekonomickou integraci znevýhodněných skupin, jejich zplnomocnění a posilování jejich vlivu. Empowerment je možné přeložit jako posilování, zplnomocňování, zapojení. Jedná se o posílení a aktivizaci kapacit a možností uživatele sociálních služeb.

Cílem je, aby uživatel nebyl jen pasivním příjemcem, ale naopak přistupoval a jednal v maximální možné míře samostatně a nezávisle, což je prvním krokem k integraci uživatele do běžné společnosti. Pojem empowerment zahrnuje společenskou a ekonomickou integraci znevýhodněných skupin, jejich zplnomocnění a posilování jejich vlivu.

Kvalit života je i otázkou lidských práv osob s mentálním postižením. Cílem sociální politiky v každé zemi by mělo být vyhýbat se vytváření speciálních řešení pro tyto osoby a místo toho vytvářet společnost, která by byla jako celek přístupná všem. (Pipeková, 2006)

Vždy je třeba si uvědomit, do jaké míry nemoc ztěžuje jejich život, ve kterých oblastech je limituje a znevýhodňuje:

- **míra soběstačnosti a nezávislosti** na pomoci jiného člověka je velmi významným aspektem. Důležitá je především samostatnost v sebeobsluze a v intimní hygieně. Pacienti vředy považují za zásadní mezník schopnost dojít si na záchod a umýt se. Dále je důležitá i schopnost samostatné lokomoce nebo alespoň s pomocí ortopedických pomůcek. Pro lepší porozumění nemocnému je dobré si uvědomit, jak velký je prostor, v němž se může pohybovat sám.
- **míra generalizovaného omezení možností, zvýšená unavitelnost a vyčerpání** jsou nespécifickými projevy mnoha různých somatických onemocnění. Jejich důsledkem je omezení, event. ztráta možnosti pracovat nebo konat určité zájmové aktivity, a získat tak alespoň částečně uspokojivou náplň a smysl všedního dne. S tím souvisí i schopnost udržet sociální kontakty. (Vágnerová, 2000)

- **míra schopnosti sociálního kontaktu**, zahrnující zachování komunikačních schopností a dalších kompetencí, které umožňují udržet vztahy s jinými lidmi a sdílet s nimi různé aktivity.
- **úroveň zachovaného celkového pocitu pohody**, jež závisí na tělesném i duševním stavu nemocného, narušovaného bolestmi, vyčerpáním i komplexní nemohoucností. (Vágnerová, 2000)

Jak uvádí Schallock, kvalita života je pojímána dle několika modelů. Jedním z nich je model ICF, tedy International Classification of Functioning, Disability, and Health. Tento model byl prezentován v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací. Model představuje tři roviny zkušeností lidského fungování a to: tělesné schéma a fungování, činnosti v rámci individua – zkušenosti a dovednosti – a aktivity v sociálním kontextu. Význam tohoto modelu byl konceptualizací zdravotního postižení jako několikarozměrný fenomén. Dle tohoto modelu mají na sebe velký vliv aktivity, tělesné schéma, které působí jak na zdraví jedince, tak i na sebe navzájem. Na tyto oblasti zároveň působí i lidský faktor a faktor prostředí. Další pojetí kvality života popisuje model AAIDD – American Association on Mental Retardation. Tento model popisuje vztah složek a těmi jsou Lidské funkce, podpora, intelektové možnosti adaptivní chování, zdraví, účast a kontext. Tyto složky na sebe navzájem působí a jejich společným prostředníkem je právě podpora.

Kvalita života se liší od modelů ICF a AAIDD v pěti úrovních: v jejich kontextu, zaměření hodnocení, hodnocení, roli osoby s mentálním postižením v procesu hodnocení, jejich účel a užití. (Schallock, 2010)

1.12 Měření kvality života

Měření kvality života je složitý a nejednotně pojmávaný proces. Jsou zde uplatňovány různé vlivy sociálních ukazatelů, postojů jedince k sobě a k okolí, k životu všeobecně a k jednotlivým životním oblastem (zdraví, práce, bydlení aj.). Tyto vlivy sice znesnadňují interindividuální porovnání, ale zvýrazňují a zkvalitňují osobní hodnocení vlastního života. Z hlediska zdravotnictví to má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví. (Payne, 2005)

Pokud je kvalita života zkoumána v předem definovaných oblastech, je nejdříve zjišťováno, nakolik jsou jednotlivé oblasti pro daného člověka důležité, a teprve poté, nakolik je se svými možnostmi v této oblasti spokojený. Lidé si sami vybírají jednotlivé oblasti života, které považují za důležité a přisuzují jim hodnotu a váhu. (Baštecká, Goldmann, 2001)

Kvalitu života dělíme do tří základních skupin:

1) objektivní – hodnotí druhá osoba, zhodnocení životní úrovně, bydlení, vztahů k ostatním lidem, zdravotního stavu, závislosti na okolí

2) subjektivní - hodnotitelem je sama daná osoba, způsob klade podstatný důraz na postoj, jaký určitá osoba zaujímá ke své vlastní, jedinečné životní situaci. V posledních letech se těžiště přiklání více k subjektivnímu hodnocení vlastního života.

3) smíšené - kombinace metod objektivních a subjektivních (Baudiš, Dragomirecká, 1997)

Nejčastěji bývají používány dotazníky, strukturované rozhovory, hodnotící škály, nebo pozorování. Při jejich vyhodnocování je důležité dodržet **tyto kroky**:

- popsat účel hodnocení
- specifikovat vybraný vzorek populace
- konceptualizovat závěry kvality života
- vybrat vhodný nástroj pro měření kvality života
- provést předvýzkum nebo pilotní studii
- shromáždit data
- nakonec analyzovat závěry (Vaďurová, Muhlpačner, 2005)

1.13 Sociální služby

Sociální služby jsou zajišťovány dle Zákona č. 108/2006 Sbírky, O sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Co se týká působnosti v oblasti sociálních služeb, tak státní správu podle tohoto zákona vykonávají:

Ministerstvo práce a sociálních věcí,
krajské úřady,
obecní úřady obcí s rozšířenou působností,
okresní správy sociálního zabezpečení.

Vztaženo na osoby s mentálním postižením, sociální služby tedy napomáhají ke zkvalitnění života v různých situacích, podporují rozvoj osobnosti a snaží se co nejvíce těmto osobám dopomoci k plnohodnotnému fungování.

Pomocí sociální služby je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

(dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf, cit. 2011-03-23)

Cílem služby je mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis. (dostupné na: <http://www.mpsv.cz/cs/9>, cit. 2011- 03-23)

Služby zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Edukační sociální služby

Společnosti a občanská sdružení

Volnočasové služby

Zařízení **sociálních služeb** dle Zákona č. 108/2006 Sbírky. O sociálních službách:

- A)
 - a) centra denních služeb
 - b) denní stacionáře
 - c) Týdenní stacionáře
 - d) domovy pro osoby se zdravotním postižením
 - e) domovy pro seniory
 - f) domovy se zvláštním režimem
 - g) chráněná bydlení
 - h) azylové domy
 - i) domy na půli cesty
 - j) zařízení pro krizovou pomoc
 - k) nízkoprahová denní centra
 - l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
 - m) noclehárny
 - n) terapeutické komunity
 - o) sociální poradny
 - p) sociálně terapeutické dílny
 - q) centra sociálně rehabilitačních služeb
 - r) pracoviště rané péče
 - s) intervenční centra
- B) Kombinace zařízení sociálních služeb – lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra (Valenta, Muller, 2007)

1.14 Služby pro rodinu s mentálně postiženou osobou

V mnohém je situace v těchto rodinách velice náročná. Rodiny jsou často závislé na okolní pomoci, např.: (Říčan, Krejčířová, 1995)

- zdravotní a lékařská péče, odborní lékaři, genetické poradenství, koordinátor péče
- vývojové a anticipační poradenství
- speciální terapie pro dítě – rehabilitace, logopedie, psychoterapie
- služby pro rodiče
- služby pro sourozence
- svépomocné a rodičovské organizace
- časná stimulace, předškolní a školní zařízení
- možnosti samostatného bydlení a zaměstnání, zájmové rekreační a kulturní činnosti pro mladé dospělé

Veškeré nabízené služby musí splňovat řadu podmínek, aby odpovídaly potřebám a možnostem těchto rodin a nebyly pro rodinu naopak další zátěží.

Za nejdůležitější je považováno:

- a) **Zapojení rodičů do terapie** - v rukou rodičů je rozhodování o dítěti, rodiče by neměli být odsuzováni odborníky.
- b) **Informace** - dostatek informací o povaze postižení musí mít jak dítě, tak i rodiče, je důležité mít dostatek příležitostí ke kladení otázek.
- c) **Léčba postižení** - rodičům musí být podrobně vysvětlen plán terapie, nutné je poskytovat potřebné pomůcky a zařízení
- d) **Dostupnost a dosažitelnost služeb** - mají být rychlé, měly by být v blízkosti rodin

e) **Koordinace služeb** - propojení všech služeb poskytovaných rodině a sdílení podstatných informací všemi, kdo o děti pečují

f) **Na rodinu zaměřený přístup**

g) **Plány do budoucna**

h) **Opora pro odborníky samé**

V kvalitě života osob s mentálním postižením a jejich okolí pomáhá i práce psychologa, který je výraznou podporou. Jeho činnost se zaměřuje na:

1. poskytování přímo služby

2. funguje jako konzultant pro doktory, sociální služby, personál škol

a) poskytuje informace o osobě s MP – o diagnóze, úrovni vývoje, o silných stránkách, motivaci temperamentu, stylu učení

b) poskytuje informace o rodině – popis specifických potřeb rodiny

c) pomáhá při zvládnání problémů a konfliktů

d) účastní se na vytváření komplexního terapeutického, stimulačního a výukového plánu pro dítě, vždy spolu s rodiči

e) obhajuje partnerský přístup

f) poskytuje oporu pro vychovatele a ostatní odborníky

3. koordinátor služeb – pomáhá rodičům při vytvoření komplexního plánu léčby a stimulace pro dítě i pro rodinu a zajišťuje propojení všech poskytovaných služeb, současně má být pro rodinu i zdrojem opory

4. zprostředkovatel dalších služeb – poskytuje informace o veškerých dostupných službách

5. nespecifická role – doplňuje chybějící služby (Říčan, Krejčířová, 1995)

„Aby byla zajištěna určitá úroveň kvality sociálních služeb, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR uveřejnilo v roce 2002 klíčový metodický materiál a to Standardy kvality sociálních služeb. Tento dokument je součástí Deklarace základních lidských práv a svobod.“ (Švarcová, 2006)

1.15 Standardy kvality sociálních služeb

„Pojem standardy kvality sociálních služeb byl zaveden s nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jejich dodržování je dle § 88 tohoto zákona jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb a je rovněž předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb. Obsah těchto standardů stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživateli služeb.

Týkají se veškerých sociálních služeb a jsou proto formulovány obecně. Tato obecnost je nezbytná pro to, aby standardy byly použitelné pro jakoukoli sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost a právní formu poskytovatele. Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria, která jsou měřitelná, z důvodu srozumitelnosti a také proto, aby bylo možno posoudit, zda služba požadavek standardu splňuje.

Jsou pomůckou pro poskytovatele, kteří usilují o poskytování kvalitních sociálních služeb, které respektují a podporují rovný přístup ke vzdělání, práci a k dalšímu občanskému a osobnímu uplatnění a jsou tak základním předpokladem plnohodnotného, důstojného a svobodného života.

Standardy popisující jak má vypadat kvalitní sociální služba, jsou přínosem, jak pro poskytovatele, tak i pro uživatele služeb. Zavedení standardů do praxe umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají lidem řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby.

To má velký význam i pro zřizovatele a další instituce, které sociální služby financují. Při zjišťování kvality poskytovaných služeb jsou standardy nástrojem, měřítkem pro hodnocení kvality.

Hlavním smyslem standardů je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva jak těch, kteří službu přijímají, tedy uživatelů, tak lidí, kteří ji poskytují – pracovníků. (dostupné na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf> , cit. 2011-04-29)

Jak již byl řečeno, pomocí sociální služby je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociální služby tedy dopomáhají ke zlepšení kvality života těch osob, které to vyžadují a to i tedy osoby s mentálním postižením.

Jak je to tedy se službami v Pardubicích, kde byl výzkum této práce realizován.

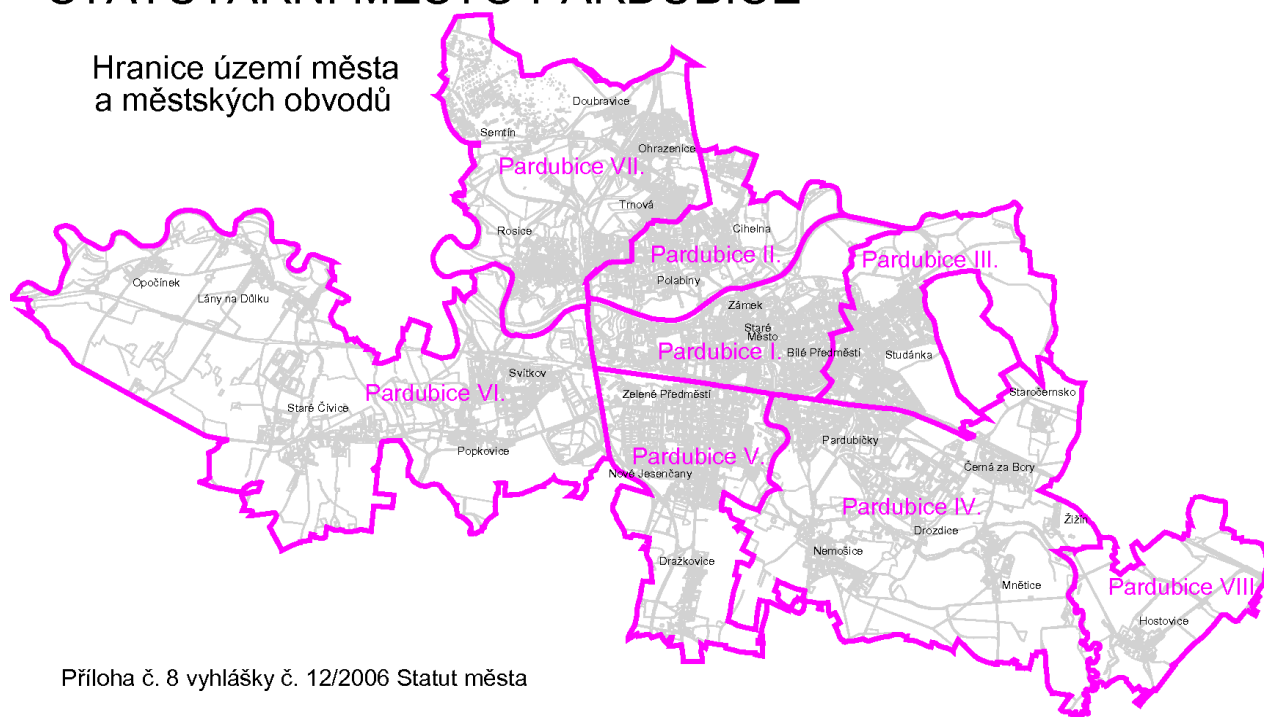
V následující kapitole je popsána situace nabídky sociálních služeb v Pardubicích a blízkém okolí a zároveň je zde popsána situace v rámci dokumentu Komunitního plánování sociálních služeb pro Pardubice.

1.16 Nabídka sociálních služeb pro mentálně postižené osoby v Pardubicích a blízkém okolí

Demografické údaje týkající se Pardubic

Pardubice patří k 13 krajským městům České republiky, jsou desátým největším městem ČR. Jsou statutárním městem, které se člení na obvody. Celkem tvoří 8 obvodů, z toho jednu část tvoří venkovská sídla a druhou zástavby.

STATUTÁRNÍ MĚSTO PARDUBICE



Služby:

- Centrum pro zdravotně postižené Pardubického kraje, Pardubice
- Česká abilitační asociace, Pardubice
- Denní stacionář Slunečnice Pardubice
- Domov pod Kuňkou, Staré Hradiště u Pardubic
- Hewer – občanské sdružení, Pardubice
- Sdružení pro ranou péči v Pardubicích - Středisko pro rané péče v Pardubicích
- Klub onkologicky nemocných Pardubice
- Denní centrum Most do života, Pardubice
- Sociálně terapeutické dílny Tranzitní program SVÍTÁNÍ, Pardubice

- Charitní služba osobní asistence na Pardubicku
- Rodinné Integrační Centrum o.s., Pardubice
- Soc. služby ve speciálním lůžkovém zařízení hospicového typu, Pardubice
- Denní centrum SVÍTÁNÍ, o.p.s., Pardubice-Nemošice
- Občanské sdružení POMOCNÍK v akci, Pardubice
- Pečovatelská a asistenční služba, Pardubice

(dostupné na: <http://www.pardubice.eu/mesto/katalog-socsluzeb.html>, cit. 2011-04-29)

Pro výzkumné šetření bylo nutné nejdříve prostudovat některé dokumenty, které se týkají sociálních služeb v Pardubicích. To konkrétně dokument Komunitního plánování sociálních služeb pro Pardubice.

Dle tohoto dokumentu v Pardubicích některé služby doposud zcela chybí, jako například chráněná bydlení pro osoby s mentálním postižením. Tato problematika se aktuálně rozebírá nejen v Projektu Komunitního plánování, ale i na veřejnosti mezi veřejností spadající do okruhu rodičů a blízkých mentálně postižených osob v Pardubicích.

Komunitní plánování má zaručit, aby se lidé mohli svobodně účastnit na rozpravě o důležitých otázkách života společnosti. Má zaručit, aby přijímaná rozhodnutí odpovědných orgánů odrážela vůli a potřeby obyvatel regionu, aby plánované kroky a řešení co nejlépe využívaly dostupné zdroje, případně nacházely zdroje nové, a aby přinášely co největší užitek a spokojenost. (dostupné na: <http://www.pardubice.eu/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/co-je-to-kp.pdf>, cit. 2011-04-29)

V sociální oblasti komunitní plánování umožňuje plánovat rozvoj sociálních a souvisejících služeb tak, aby odpovídaly potřebám a specifikům daného regionu co do nabídky poskytovaných služeb, jejich dostupnosti a kvality.

Východiska pro komunitní plánování sociálních služeb se vedle vlády a legislativy ČR nachází v sociální politice Unie. Základními dokumenty EU, ve kterých je sociální politika zakotvena jsou **Amsterodamská smlouva** (Amsterdam, 1997), **Lisabonský proces** (Lisabon, 2000) a **Evropský sociální program** (Nice, 2000).

Na úrovni vlády České republiky jsou východisky pro komunitní plánování sociálních služeb: Národní akční plán sociálního začleňování, Evropská sociální charta, Bílá kniha v sociálních službách, Zákon o sociálních službách.

Cílem komunitního plánování sociálních služeb je, zapojit do tvorby komunitního plánu příslušníky dané komunity, kteří mají zájem na rozvoji sociálních služeb v daném regionu, mohou přispět ke zpracování plánu a/nebo se podílet na jeho naplňování.

Zpravidla se plánování účastní následující skupiny osob:

- **Uživatelé soc. služeb** – služby využívají, spotřebovávají, v procesu plánování vychází ze svých potřeb.
- **Poskytovatelé soc. služeb** – služby provozují, poskytují; znají provozní podmínky služby, jsou odborníky ve své oblasti – nestátní neziskové organizace, příspěvkové organizace obce, kraje, státu apod.
- **Zadavatelé soc. služeb** – zodpovídají za poskytování služeb občanům na svém území; služby zadávají, podílí se na jejich financování – obce, kraje apod.
- **Ostatní účastníci** – instituce a orgány veřejné správy, organizace a odborníci působící v sociální oblasti nebo jiných souvisejících oblastech, veřejnost.

(dostupné na: <http://www.pardubice.eu/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/co-je-to-kp.pdf>, cit. 2011-04-29)

Proces komunitního plánování vychází z několika základních principů, které kladou důraz na:

- účast zástupců nejm. tří stran, tj. uživatelů, zadavatelů a poskytovatelů,
- rovnost mezi všemi účastníky plánování
- plánování takových služeb, které reagují na skutečné potřeby
- dohodu všech zúčastněných, která je upřednostňována před hlasováním
- otevřenost procesu, tzn. přístup veřejnosti k informacím o procesu plánování a naplňování komunitního plánu
- dosažitelnost přijatých řešení, kdy řešení musí být přiměřená místním podmínkám a zdrojům
- pravidelné opakování procesů plánování a realizace

Výstupem procesu plánování je **komunitní plán**, který určuje směr rozvoje sociální oblasti v regionu, a **organizační struktura** - systém umožňující komunitní plán naplňovat, realizovat společná opatření a reagovat na aktuální změny v sociální oblasti.

Cílem je, aby sociální služby odpovídaly skutečným potřebám obyvatel, aby finanční prostředky, které jsou na sociální oblast vynakládány, byly využity efektivně a hospodárně a aby bylo jejich vynakládání maximálně transparentní. Organizační struktura KPSS má zaručit, aby nikdo nebyl diskriminován při vyjadřování svých potřeb a aby byl proces otevřený vůči veřejnosti. (dostupné na:<http://www.pardubice.eu/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/co-je-to-kp.pdf>, cit. 2011-04-29)

1.17 Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích

Projekt Komunitní plánování je v Pardubicích realizována na základě projektu “Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích”, který je financován ze zdrojů Evropské unie. Projekt byl zpracován v průběhu roku 2005 a záměr ucházet se o dotaci na projekt byl schválen usnesením Zastupitelstva města ze dne 1.11. 2005. 30.5. 2006 schválila Rada města uzavření smlouvy o financování projektu “Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích” ze Společného regionálního operačního programu (SROP). Projekt byl zahájen 1.6. 2006. Termín ukončení projektu je 30. 4. 2008. Projekt Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích se zaměřuje na posílení sociální stability a soudržnosti obyvatelstva prostřednictvím podpory komunitní spolupráce a je realizován jako partnerský. Realizátorem projektu je Statutární město Pardubice. Partnerem bylo do 31.12. 2006 o.s. Klub hurá kamarád. Od 1.3. 2007 je partnerem projektu o.s. SKP-CENTRUM. Komunitního plánování se účastní několik skupin stanovených dle cílových skupin uživatelů služeb.

Tyto skupiny se zaměřují na definování cílových skupin uživatelů sociálních služeb, na určení klíčových oblastí a definování cílů a opatření vedoucích k jejich naplňování.

Z komunitního plánování vyplývá, že organizace poskytující sociální služby jsou v Pardubicích ve velké míře rozvinuty, hlavně co se týká neziskových organizací. Kapacity sociálních služeb jsou dostatečné.

Co se týká určení úrovně sociální oblasti, tak byly určeny tyto mezi slabými stránkami: Je nedostatek pracovních míst pro osoby ze ZP, chybí komplexní informovanost úřadů, chybí chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením, je špatná informovanost obyvatel o poskytovaných službách a hlavně chybí potřebné finanční prostředky pro poskytovatele služeb. Dle sociodemografických údajů je v Pardubicích cca 2660 osob s mentálním postižením.

(dostupné na:<http://www.pardubice.eu/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/co-je-to-kp.pdf>, cit. 2011-04-29)

2 Výzkumné šetření

2.1 Východiska výzkumu – Hypotézy

Dle Gavory hypotézou rozumíme tvrzení, které vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými. Daná hypotéza musí být testovatelná, její proměnné musí být možné kategorizovat, musí se dát měřit.

Hypotézy tedy tvoří jádro výzkumu. Hypotéza je tedy vědecký předpoklad, což znamená, že byla vyvozena z vědecké teorie. Z toho, co je o daném problému zpracováno teoreticky. Hypotéza také může vzniknout na základě osobní zkušenosti, na základě predikce výzkumníka a na jeho pozorování. Rozhodně hypotézou není jakýkoliv předpoklad nebo hádání. Hypotéza musí důsledně vycházet z poznatků, které jsou známy zkoumanému jevu. (Gavora, 2010)

Pro definici hypotézy jsou známé tři základní požadavky, takzvaná zlatá pravidla hypotézy:

- Hypotézou se rozumí tvrzení vyjádřené oznamovací větou
- Hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými, jde tedy o tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích
- Hypotézu musí být možné ověřovat empiricky, proměnné obsažené v hypotéze musí být měřitelné (Gavora in Chráska, 2007)

Byly stanoveny tři základní hypotézy:

- 1) Kvalita života osob s mentálním postižením bude synonymem pro dostatek služeb z pohledu jejich rodičů.
- 2) Nabídka služeb v Pardubicích nekoreluje s poptávkou.
- 3) Rodiče nedisponují dostatečnou informovaností týkající se existence sociálních služeb v Pardubicích.

2.2 Použité metody a techniky výzkumu

Ve výzkumu byly použity techniky kvantitativního výzkumu. Jak uvádí Chráska, tento výzkum je založen na pozitivismu a jde o metodologii výzkumu v pedagogických a sociálních vědách. Zdrojem poznání má být pouze objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání reality.

Má potvrdit nebo vyvrátit danou teorii. Vychází tedy z teorií a hypotéz. Výsledky jsou pak zpracovány tak, aby splňovaly požadavky validity a reliability a reprezentativnosti výběru.

Co se týká spolehlivosti výsledků, tak jde o standartní postupy, zjišťování statisticky a výzkum je možné zopakovat. K hlavním metodám kvantitativního výzkumu patří experiment, dotazník, strukturované pozorování a rozhovor. (Chráska, 2007)

Všem respondentům byl administrován dotazník, který obsahoval 10 položek (otázek, dotazník se nachází v příloze č. 4).

2.3 Výzkumný vzorek

V mé diplomové práci výzkumný vzorek tvoří rodiče osob s mentálním postižením ve městě Pardubice. Věk mentálně postižených osob se pohybuje v rozmezí od 20 do 40 let.

K uskutečnění dotazníkového šetření bylo osloveno 70 respondentů. Z tohoto počtu rozdaných dotazníků mi bylo vráceno 30 řádně vyplněných dotazníků, tedy 42,86%. Oslovení respondenti vyplňovali dotazník, který se týkal jejich potomků.

Tito respondenti byli osloveni prostřednictvím sociálních služeb v Pardubicích, konkrétně denním stacionářem Slunečnice a denním centrem Most do života, dále denním centrem Svítání a někteří byli osloveni svými známými, na které jsem získala kontakt.

Věk potomků respondentů a jejich počet a rozčlenění dle pohlaví (tyto položky jsou označeny S a D) je zaznamenán v následující tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – VARIACE POLOŽEK Z HLEDISKA FAKTORU VĚKU A POHLAVÍ

VĚK	20 – 25 let		26 – 30 let		31 – 35 let		36 – 40 let	
	N=11		N=8		N=7		N=4	
POHLAVÍ	D	S	D	S	D	S	D	S
N	8	3	5	3	4	3	2	2

Zkratky: D-dcera, S-syn

2.4 Strategie výzkumu – postup získávání údajů

Pro získání potřebných údajů bylo použito metody anonymního dotazníku kvantitativního výzkumu. Podle Gavory je dotazník nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů. Dotazník je určen pro hromadné získávání údajů. Jde o metodický nástroj průzkumu, vývoje nebo evalvace na hromadné a poměrně rychlé zjišťování informací o osobních znalostech, postojích nebo potencionální skutečnosti a hodnotových preferencích metodou písemného dotazování. Dotazník je postavený na dotazování a ne na sledování nebo pozorování toho, co dotazované osoby prožívají a jak se chovají a žijí. Zjišťuje tedy, co píše a hovoří. V dotazníku musí být jasně stanoven cíl, který musí být dostatečně konkrétní. (Gavora, 2010)

2.5 Místo

Místem výzkumu je město Pardubice.

2.6 Zajištění reliability a validity

Jednou ze základních vlastností daného výzkumného nástroje je poskytnout potřebné množství objektivních dat. A každý výzkumný nástroj obsahuje vlastnosti jako je validita a reliabilita. Validitou rozumíme schopnost výzkumného nástroje zjišťovat to, co zjišťovat má. Je nejdůležitější vlastností výzkumného nástroje. Validita tedy ujišťuje platnost a pravdivost.

Reliabilita se táže po spolehlivosti použitého přístupu.

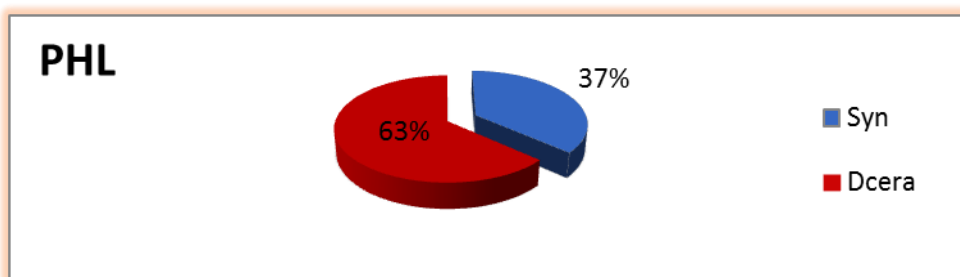
Reliabilitou rozumíme přesnost a spolehlivost výzkumného nástroje. Je druhou velmi významnou vlastností výzkumného nástroje a jak říká Kerlinger: „Vysoká reliabilita sice není sama o sobě zárukou dobrých výzkumných výsledků, ale dobré výzkumné výsledky nemůžeme získat pomocí nereliabilními nástroji na měření času!“ (1972, s. 434)

Reliabilita se stanovuje několikerými způsoby a to například opakováním měření, půlením výzkumného nástroje, vnitřní konzistencí a shodou mezi posuzovateli. (Gavora, 2010)

2.7 Výzkumný vzorek

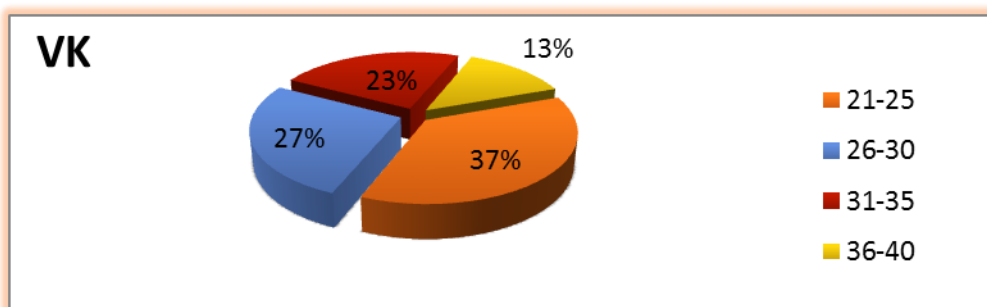
Získaný vzorek lze považovat za reprezentativní pouze pro město Pardubice. Populační vzorek zahrnoval celkem 30 probandů, tj. 42,86% z celkového počtu. Populační vzorek zahrnoval 19 dcer, tedy 63% z celkového počtu jako zástupců ženského pohlaví a 11 synů, tedy 37% z celkového počtu jako zástupců mužského pohlaví. Převažovaly tedy ženy nad muži. Tyto informace jsou patrné z grafu č. 1.

GRAF č. 1 – PHL – ORIENTAČNÍ DIFERENCIACE DLE POHLAVÍ



Jednou z orientačních sledovaných proměnných byl věk potomků respondentů. V grafu č. 2 je přehledně zobrazena orientační diferenciaci do čtyř skupin podle věku. Procentuální hodnoty ve všech grafech jsou vždy zaokrouhleny na celé jednotky.

GRAF č. 2 – VK – ORIENTAČNÍ DIFERENCIACE PODLE VĚKU



Nejpočetněji zastoupenou skupinou byla věková kategorie osob s MP v rozmezí 21 až 25 let (37%). Další početnou skupinou byla věková kategorie v rozmezí 26 až 30 let (27%). Hned za touto skupinou byla věková kategorie v rozmezí 31 až 35 let (23%). Nejméně zastoupenou skupinou byla věková kategorie v rozmezí 36 až 40 let.

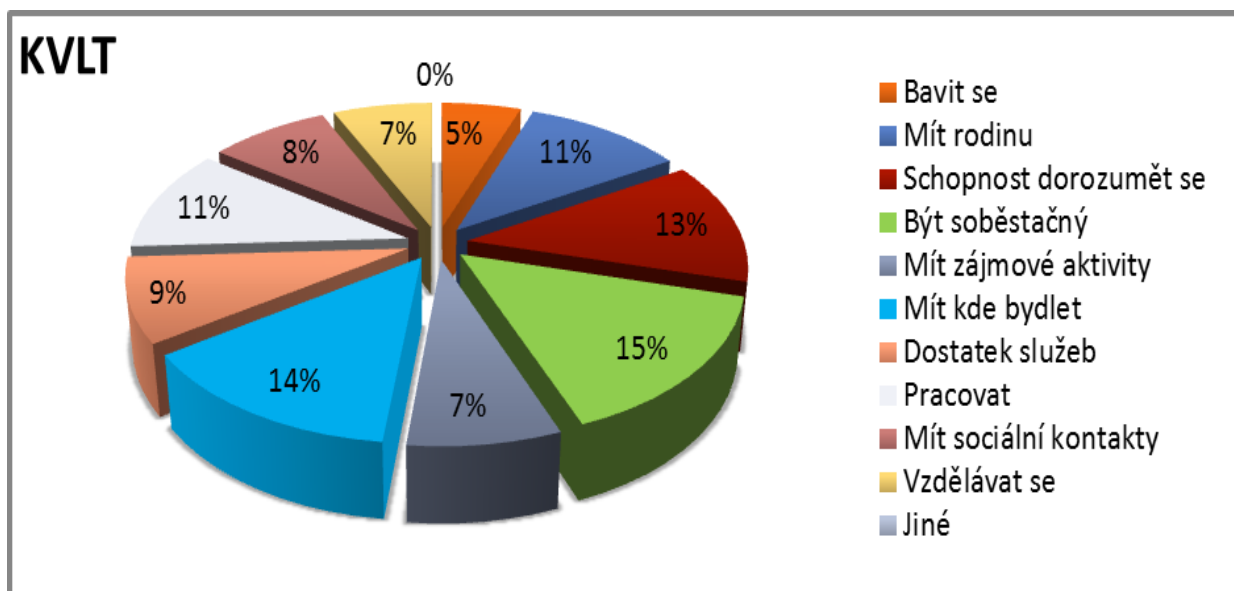
3 Analýza dat dotazníkového šetření

3.1 Sledované položky

Subjektivní pojetí pojmu kvality života respondenty (KVL, položka č. 3) bylo zjišťováno přímou otázkou.

Volba respondentů u položky subjektivní přiřazení pojmu kvalita života je zobrazena v grafu č. 3.

GRAF č. 3 – KVL – DIFERENCIACE DLE SUBJEKTIVNÍHO POJETÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA

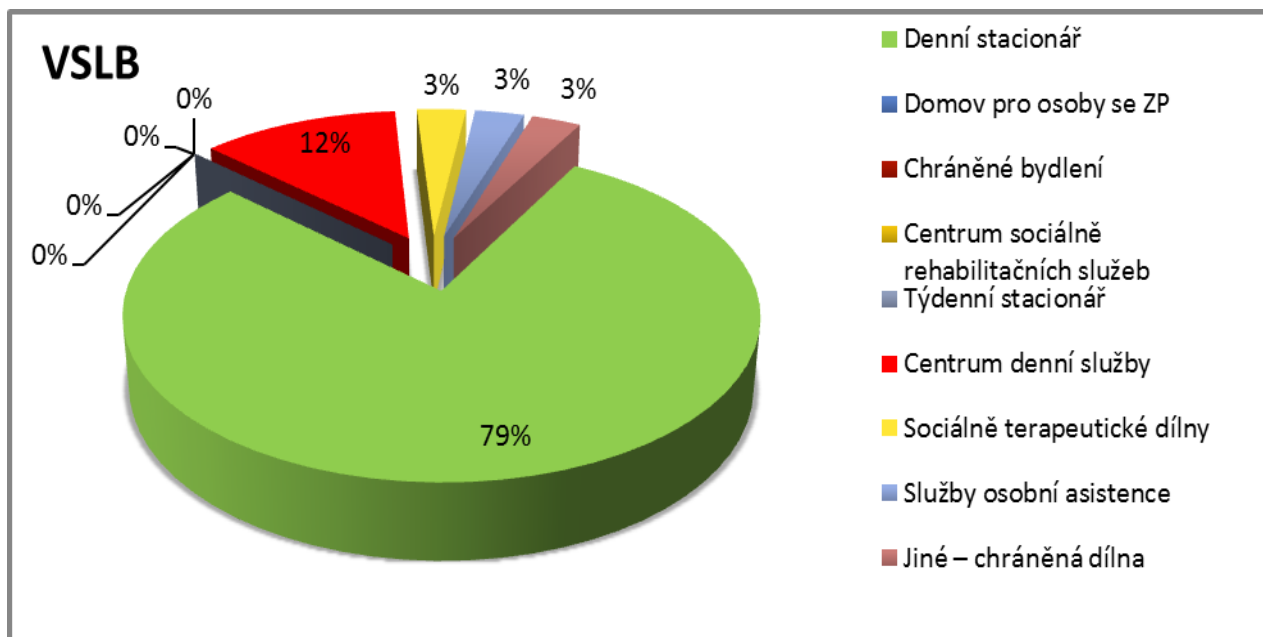


Nejpočetněji respondenti uváděli k pojmu kvalita života synonymum „Být soběstačný“ (15%), hned v závěsu byl určen pojem „Mít kde bydlet“ (14%), dále pojem „Schopnost dorozumět se“ (13%). Na stejné úrovni se ocitá pojem „Mít rodinu“ a pojem „Pracovat“ (11%). Nejméně byl uváděn pojem „Bavit se“ (5%). Ani jeden z respondentů nevyužil dalšího nového návrhu pojmu.

Informace o využívání konkrétních sociálních služeb přinesla položka č. 4 VSLB, která byla zjišťována přímou otázkou.

Volba položek respondenty dle využívané sociální služby VSLB je zobrazena v grafu č. 4.

GRAF č. 4 – VSLB – DIFERENCIACE DLE VYUŽÍVANÉ SLUŽBY

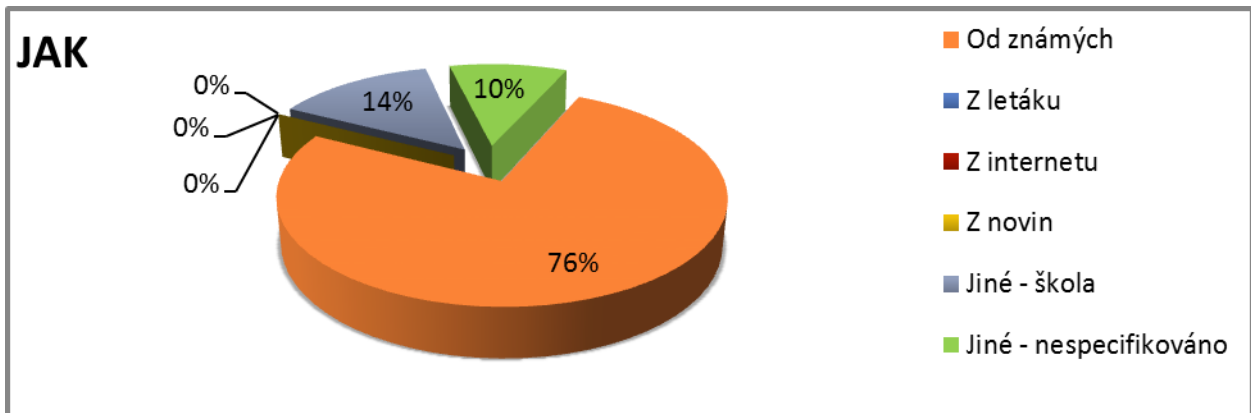


Více než tříčtvrtinová většina respondentů uvedla, že jejich potomek využívá služeb denního stacionáře (79%). Nejméně jsou zastoupeny tři služby ve stejném poměru a to Sociálně terapeutické dílny, Služby osobní asistence a Chráněné dílny (3%).

Způsob informování se o stávající sociální službě (JAK položka č. 5) bylo zjišťováno přímou otázkou.

Volba položek respondenty dle způsobu získání informací o existenci stávající využívané sociální služby.

GRAF č. 5 – JAK – DIFERENCIACE DLE ZPŮSOBU ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ

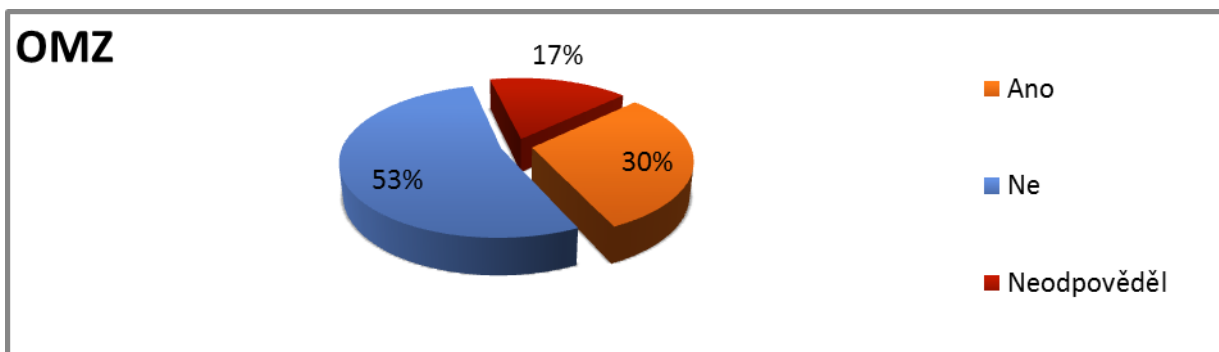


Tři čtvrtě respondentů se o sociální službě dozvěděla od známých (76%), dalším zdrojem informací byla škola (14%), ostatním zdrojem byla nespecifikovaná položka (13%). Udávaná věková omezení: 18-64 let, 19-64 let, do 65 let.

Informace o věkovém omezení stávající využívané sociální služby (OMZ položka č. 6) byly zjišťovány uzavřenou otázkou.

Volba položek respondenty dle možnosti omezení stávajících využívaných služeb.

GRAF č. 6 - OMZ - DIFERENCIACE DLE VĚKOVÉHO OMEZENÍ SLUŽEB

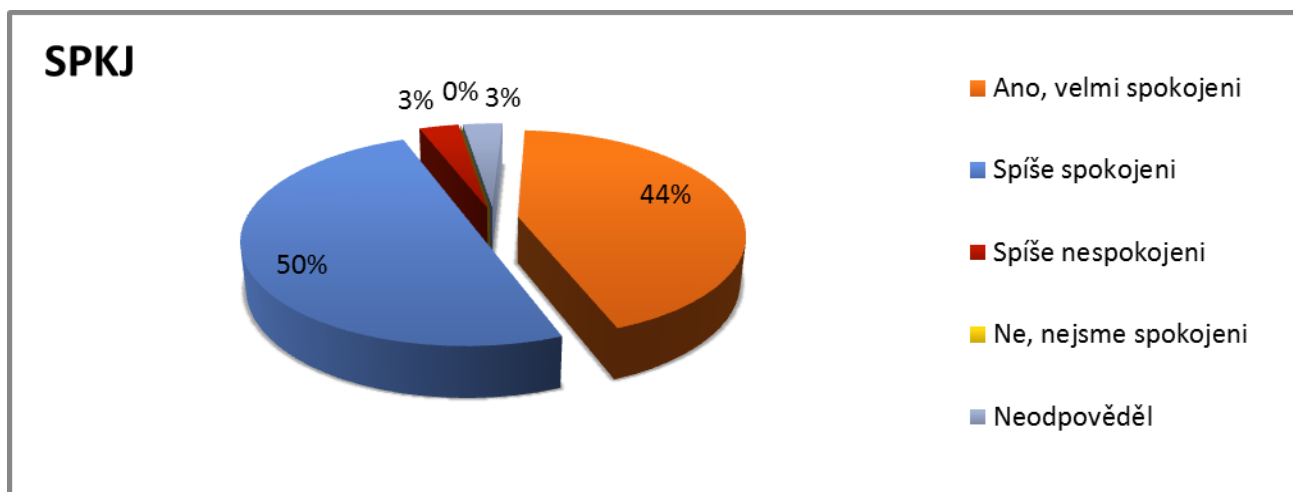


Nadpoloviční většina respondentů uvedla, že službu, kterou jejich potomek využívá, není věkově nijak omezena (53%). Více jak třetinové zastoupení měla skupina označující věkové omezení služby (30%) a ostatní respondenti neuvodli žádnou z variant věkového omezení služeb (17%).

Subjektivní hodnocení spokojenosti se stávající využívanou sociální službou (SPKJ položka č. 7) bylo zjišťováno přímou otázkou.

Volba škálových položek respondenty u položky Subjektivní hodnocení spokojenosti se stávající využívanou službou.

GRAF č. 7 – SPKJ - SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI RESPONDENTŮ SE STÁVAJÍCÍ VYUŽÍVANOU SOCIÁLNÍ SLUŽBOU

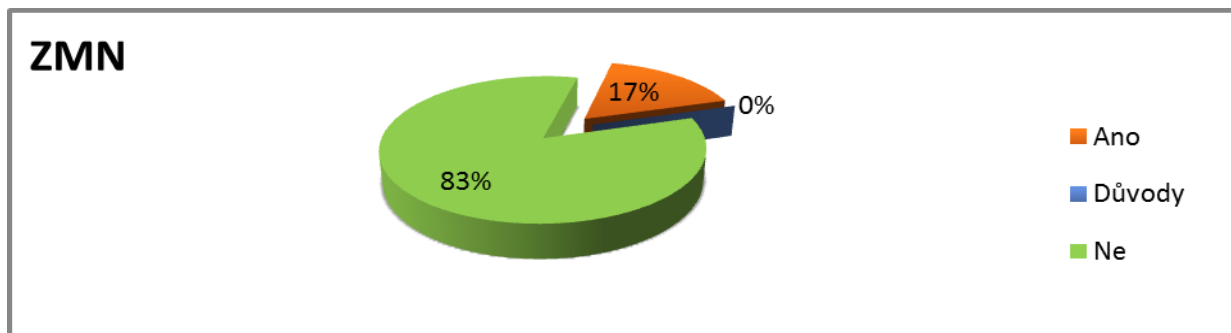


Polovina respondentů uvedla, že jsou spíše spokojeni se stávající využívanou službou (50%), v závěsu uvedli položku naprosté spokojenosti se stávající využívanou službou (44%). Pouze v malé míře respondenti uvedli nespokojenost se stávající využívanou službou (3%).

Možná změna stávající využívané sociální služby za jinou sociální službu (ZMN položka č. 8) byla zjišťována přímou otázkou.

Volba položek respondenty u možné Změny stávající využívané sociální služby za jinou sociální službu.

GRAF č. 8 – ZMN – DIFERENCIACE DLE MOŽNÉ ZMĚNY STÁVAJÍCÍ VYUŽÍVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZA JINOU

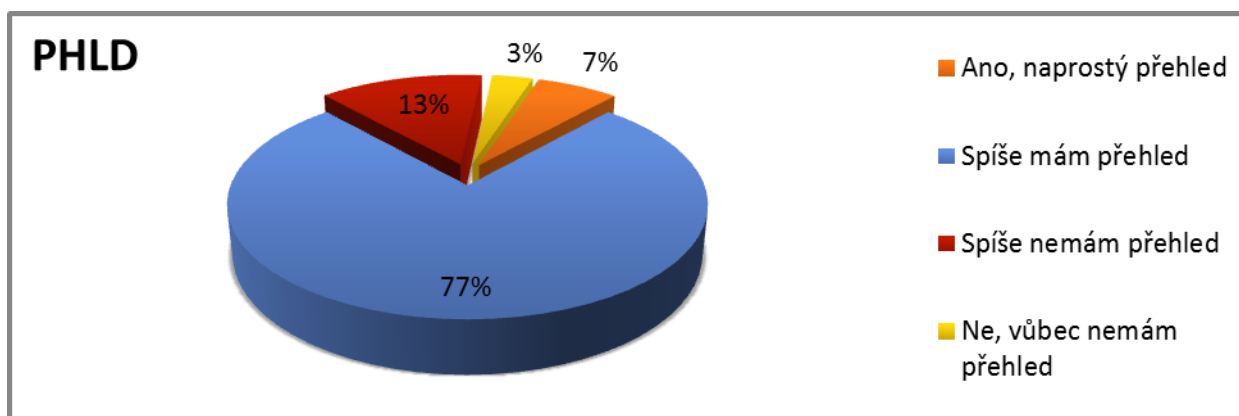


Bezmála tři čtvrtiny respondentů (83%) jsou spokojeni se stávající využívanou sociální službou a neuvažovali tedy o její změně. Méně než třetina respondentů uvedla, že bylo uvažováno nad změnou stávající sociální služby.

Přehled respondentů o existenci sociálních služeb v Pardubicích (PHLD položka č. 9) bylo zjišťováno uzavřenou otázkou.

Volba škálových položek respondenty dle přehledu nabídky sociálních služeb v Pardubicích.

GRAF č. 9 – PHLD – DIFERENCIACE RESPONDENTŮ DLE PŘEHLEDU NABÍDKY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V PARDUBICÍCH

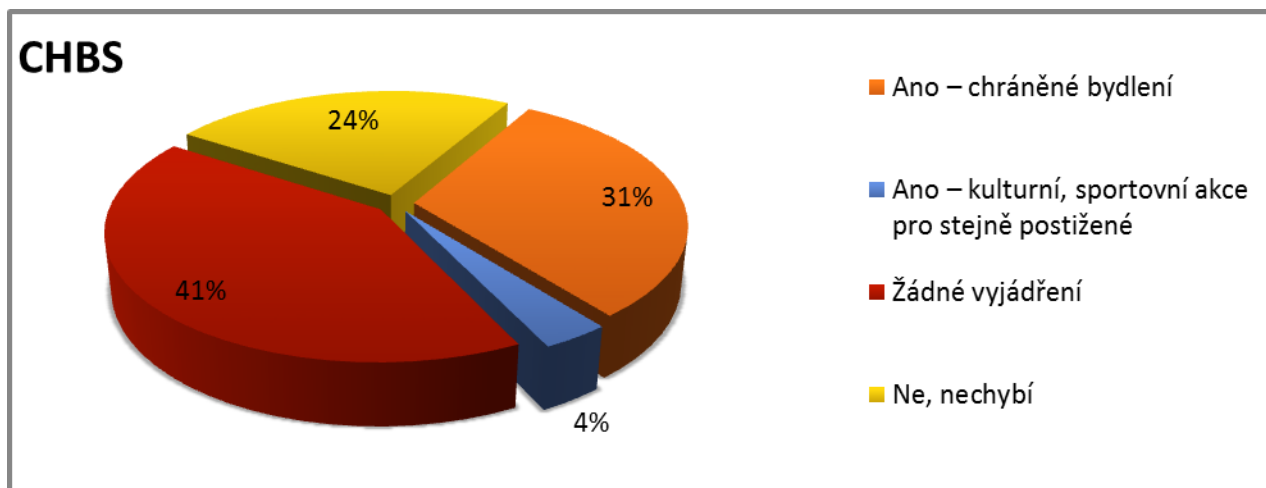


Více jak tři čtvrtiny respondentů mají o nabídce sociálních služeb Spíše přehled (77%), naopak nejméně zaujímá položka, že Nemají vůbec žádný přehled o sociálních službách v Pardubicích (3%). Jsou zde i respondenti, kteří mají Naprostý přehled o nabídce sociálních služeb v Pardubicích (7%).

Subjektivní pohled respondentů na chybějící sociální služby v Pardubicích dopomáhající ke zkvalitnění života jejich potomků (CHBS položka č. 10) bylo zjišťováno přímou otázkou.

Volba položek respondenty dle subjektivního pohledu na chybějící sociální služby v Pardubicích.

GRAF č. 10 – CHBS – DIFERENCIACE RESPONDENTŮ DLE SUBJEKTIVNÍHO POHLEDU NA CHYBĚNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY DOPOMÁHAJÍCÍ KE ZKVALITNĚNÍ ŽIVOTA JEJICH POTOMKŮ



Skoro polovina respondentů nevedla žádnou sociální službu, která by pomohla zkvalitnit život jejich potomků (41%). Třetina respondentů uvedla, že ke zkvalitnění života jejich potomků jim v Pardubicích v nabídce sociálních služeb chybí chráněné bydlení (31%).

Třetina respondentů uvedla, že jim nechybí žádná sociální služba, která by pomohla zkvalitnit život jejich potomků (24%).

Tabulka č. 2

ZKRATKY A NÁZVY POLOŽEK

Č.	ZKRATKA	POLOŽKA
1	PHL	Pohlaví
2	VK	Věk
3	KVLT	Kvalita života
4	VSLB	Určení stávající využívané sociální služby
5	JAK	Způsob informovanosti o stávající využívané sociální službě
6	OMZ	Věkové omezení stávající využívané sociální služby
7	SPKJ	Spokojenost se stávající využívanou sociální službou
8	ZMN	Možná změna stávající využívané sociální služby
9	PHLD	Přehled o sociálních službách v Pardubicích
10	CHBS	Možné chybějící sociální služby v Pardubicích

3.2 Shrnutí výzkumného šetření

V této kapitole shrnuji výzkumem získané výsledky všech respondentů vyplývající z dotazníkového šetření. Výzkumný vzorek byl sebrán v Pardubicích. Ze zpracovaných výsledků vyplývá, že nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla kategorie v rozmezí 21 let až 25 let potomků respondentů a převažovaly ženy – tedy dcery respondentů.

V subjektivním pojetí pojmu kvality života ze strany rodičů se nejvíce vyskytovaly pojmy jako „Být soběstačný“, „Mít kde bydlet“ a „Schopnost dorozumět se“. Pojem „Dostatek služeb“ byl zastoupen pouze 8%, což naznačuje, že rodiče ne zcela považují za důležité hodnotit kvalitu života svých potomků dle nabídky sociálních služeb. Předpoklad, že rodiče budou pojmu „Dostatek služeb“ přikládat velkou váhu byl vyvrácen.

Z grafu č. 4 bylo zjištěno, že nejvíce potomků respondentů využívá služeb denního stacionáře. Naopak služby jako je týdenní stacionář, sociálně terapeutické dílny, služby osobní asistence jsou využívány minimálně či vůbec.

Respondenti uvádějí, že o stávajících využívaných sociálních službách se z největší části dozvěděli od známých a v malém počtu z minulých služeb a to konkrétně ze škol, které jejich potomci navštěvovali před nynější využívanou sociální službou. Počet respondentů informovaných od známých činí 76%. Tyto výsledky zahrnuje graf č. 5.

Jak uvádí graf č. 6, sociální služba, která je momentálně využívána potomky respondentů, je z jedné třetiny věkově omezena, nejčastěji uváděnou věkovou hranicí je rozmezí od 19 do 65 let. Více než polovina respondentů uvádí, že služba omezena věkem není.

Co se týká subjektivního hodnocení spokojenosti se stávající využívanou sociální službou ze strany rodičů osob s mentálním postižením, tak polovina respondentů uvádí, že je spíše spokojena (50%) a necelá polovina je s využívanou sociální službou naprosto spokojena (44%). Subjektivní hodnocení spokojenosti se stávající využívanou sociální službou ze strany rodičů je popsáno v grafu č. 7.

Tyto informace se dále odrážejí ve výsledku v grafu č. 8, kde je vyjádřena diferenciací dle možné změny stávající využívané sociální služby. Zde je více jak tříčtvrtinové zastoupení (83%) těch respondentů, kteří nad změnou stávající využívané sociální služby neuvažovali.

Z těchto výsledků dotazníkového šetření se dá usuzovat, že respondenti-tedy rodiče MP osob v Pardubicích- jsou celkově se sociálními službami využívanými jejich potomky spokojeni. Rodiče nepřikládají takovou důležitost nabídce sociálních služeb, respektive její rozsáhlosti, která by měla vliv na zkvalitnění života jejich potomků, jak jsem se osobně domnívala.

Z grafu č. 9 vyplývá, jak dalece rodiče disponují informovaností o nabídce sociálních služeb v Pardubicích.

Tři čtvrtě respondentů uvádí, že spíše mají přehled (77%) o nabídce sociálních služeb v Pardubicích, naopak vůbec žádný přehled o nabídce sociálních služeb v Pardubicích má jen malé procento respondentů (3%).

Z grafu č. 10 vyplývá subjektivní hodnocení pohledu na chybění sociální služby, která by mohla zkvalitnit život jejich potomků. Skoro polovina respondentů nevedla žádnou další službu, která by mohla zkvalitnit život jejich potomků (44%). Naopak třetina respondentů uvedla, že jim chybí konkrétní služba a to Chráněné bydlení (24%). Jiné další služby nebyly uváděny, krom jednoho respondenta, který upozornil na nedostatek sportovních, kulturních a jiných aktivit, které by byly určeny pro osoby se stejným nebo podobným postižením.

Výsledky výzkumného šetření se nedají zobecnit na všechny rodiče mentálně postižených osob, platí pouze pro daný okruh respondentů. Při pohledu na výzkumný vzorek je nutno říci, že počet respondentů nebyl dle předpokladu tak velký. Pro možné opakování výzkumu by bylo třeba zajistit větší počet respondentů. Ovšem i tak není jisté, zda by byla návratnost o hodně větší.

Téma celé práce má velmi blízko nejen k oboru speciální pedagogika, ale i k oboru sociální práce. Je zde rozebírána problematika mentálního postižení, ale i sociálních služeb, které jsou úzce spjaty se sociální prací. Z mého pohledu jako studenta speciální pedagogiky a sociální práce bylo velmi přínosné zjistit postoje rodičů, které se týkají jejich subjektivního hodnocení kvalit služeb a jejich poptávky v Pardubicích. Fakt, že se rodiče vyjadřují v dotaznících mnohdy jinak než ve skutečnosti je ovšem pro mne smutným zjištěním. Zároveň vybízí k zamyšlení, zda by se přeci jen nedalo na některých věcech zapracovat, jako například na stylu vedení konkrétních služeb nebo na rozšíření nabídky služeb tak, jak navrhuje Komunitní plánování pro město Pardubice. Ovšem to už je jiná kapitola.

3.3 Verifikace hypotéz

V průběhu výzkumu byly ověřovány 3 výchozí hypotézy. Verifikována nebyla žádná.

Hypotéza č. 1: *Kvalita života osob s mentálním postižením bude synonymem pro dostatek služeb z pohledu jejich rodičů.* Tato hypotéza nebyla verifikována. Zjištěné údaje ukazují na nízké procento respondentů uvádějící pojem „Dostatek služeb“ za podstatný faktor kvality života jejich potomků.

Hypotéza č. 2: *Nabídka služeb v Pardubicích nekoreluje s poptávkou.* Tato hypotéza nebyla verifikována. Zjištěné údaje ukazují na velké procento respondentů, kteří nepostrádají žádnou další sociální službu v Pardubicích.

Hypotéza č. 3: *Rodiče nedisponují dostatečnou informovaností týkající se existence sociálních služeb v Pardubicích.* Tato hypotéza nebyla verifikována. Údaje, které byly zjištěny, ukazují na velké procento respondentů, kteří mají přehled o nabídce sociálních služeb v Pardubicích.

Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat, zda je nabídka sociálních služeb v Pardubicích podstatným ukazatelem kvality života osob s mentálním postižením z pohledu jejich rodičů.

Ze získaných výsledků vyplývá, že rodiče mentálně postižených osob nepovažují nabídku sociálních služeb jako důležité podstatné kritérium pro zkvalitnění života jejich potomků. Je ale otázkou, zda by takto usuzovali i v případě, že by jejich potomci nenavštěvovali žádnou sociální službu a ocitli se pouze doma. Přeci jen je možné, že pokud jejich potomci mají k využívání aspoň jednu službu, jejich rodiče tento fakt berou jako samozřejmost a nepřipouští si, že by tomu mohlo být jinak.

Zároveň z výsledků vyplývá, že většině rodičů mentálně postižených osob v Pardubicích nechybí žádná další sociální služba, která by pomohla zkvalitnit život jejich potomků. Tato informace je zajímavá v tom, že má osobní zkušenost je naprosto opačná. Z mnoha rozhovorů s rodiči mentálně postižených osob v Pardubicích jsem nabyla dojmu, že všem jednoznačně chybí jedna konkrétní sociální služba a to chráněné bydlení. Z výsledků sice vyplývá procento těch, kteří tuto sociální službu postrádají, ale není to ovšem většinová převaha.

Je to zajímavé i z toho důvodu, že už i v komunitním plánování města Pardubice se vysloveně hovoří o nedostatku sociální služby pro mentálně postižené osoby a to konkrétně již zmiňovaného chráněného bydlení. Je také možné, že většina rodičů mentálně postižených osob prozatím nepomýšlela na svou budoucí situaci, kdy již sami budou ve fázi, kdy budou potřebovat cizí pomoc a nebudou schopni se sami o své potomky postarat tak, jak by chtěli.

Z šetření vyplývá, že mají rodiče o existenci sociálních služeb dostatečný přehled a využívají-li jejich potomci sociální službu, nehodlají ji v blízké době nikterak změnit. Jsou s ní tedy spokojeni. Tato informace mně velmi překvapila, neboť z praxe vím, kolik rodičů si na konkrétní využívané sociální služby stěžuje. Je pravda, že se rodiče své názory mnohdy bojí dát veřejně najevo ze strachu, aby jejich potomci ze služby nebyli náhodou vyloučeni. Ovšem z hlediska kvality odváděné práce v sociálních službách je to spíše na škodu, než k užítku.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že veškeré výsledky tohoto výzkumného šetření jsou poplatné pouze pro daný soubor respondentů. Závěry se nedají zobecnit na všechny rodiče mentálně postižených osob.

Seznam použité literatury

- [1] BARTOŇOVÁ, M. VÍTKOVÁ, M. Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.
- [2] ČERNÁ, M. a kolektiv. Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [3] ČERNÁ, M. a kol. Lehké mozkové disfunkce. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-880-8.
- [4] ČERNÁ, M., KVAPILÍK, J. Zdravý způsob života mentálně postižených. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9.
- [5] DOLEJŠÍ, I. Vliv rodinného prostředí na vývoj mentálně retardovaného dítěte. Praha: SPN, 1987. ISBN 14-058-88.
- [6] DRTINOVÁ, J.; KOUKOLÍK, F. Odlišné dítě. Praha: Vyšehrad, 1994. ISBN 80-7021-097-4.
- [7] EDELSBERGER, L.; KÁBELE F. a kol. Speciální pedagogika pro učitele základní školy. Praha: SPN, 1988. ISBN 14-664-88.
- [8] GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. ISBN 987-80-7315-185-0.
- [9] HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. Pedagogika volného času. Univerzita Karlovy. Praha, 2003. ISBN 80-7290-128-1.
- [10] HELUS, Z. Sociální psychologie pro pedagogy. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
- [11] HRADEČNÁ, M. a kol. Vybrané problémy sociální pedagogiky, Univerzita Karlova, Praha, 1995. ISBN 80-7184-015-7.
- [12] JENŠÍ, J. Organizace výchovné práce a správa v ústavech sociální péče pro mentálně postiženou mládež. Praha: MPSV ČSR, 1983. ISBN 98 866 0.
- [13] KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
- [14] KRÁLOVÁ, J. Speciální techniky sociální práce. Praha: MPSV, 1995. ISBN 80-85529-15-7.
- [15] LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

- [16] LANG, G. BERBERICHOVÁ, CH. Každé dítě potřebuje speciální přístup. Praha: Potrál, 1998. ISBN 80-7178-144-4.
- [17] LEHOVSKÝ, M. a kol. Pečujeme o nervově nemocné dítě. Praha: Avicenum, 1989. ISBN 08-040-89.
- [18] MAŇÁK, J. Kapitoly z metodologie pedagogiky. MU: Brno, 1996. ISBN 80-210-1031-2
- [19] MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. Slovník pedagogické metodologie. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-210-3802-0.
- [20] MARKOVÁ Z.; STŘEDOVÁ L. Mentálně postižené dítě v rodině. Praha: SPN, 1994. ISBN 14-340-87.
- [21] MATĚJČEK, Z. Rodičům mentálně postižených dětí. Praha: H&H, 1992. ISBN 80-85467-52-6.
- [22] MATOUŠEK O. Ústavní péče. Praha: SLON, 1995. ISBN 80-85850-76-1.
- [23] MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- [24] MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [25] MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, ISBN 80-7367-002-X.
- [26] MÜLLER, O. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
- [27] MYDLIL, V. Příčiny mozkových postižení. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-85605-82-1.
- [28] NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství.
- [29] NOVOTNÁ, V.; SCHIMMERLINGOVÁ, V. Sociální práce a její vývoj a metodické postupy. Praha: UK, 1992. ISBN 80-7066-483-5.
- [30] PAYNE, J. a kolektiv. Kvalita života a zdraví. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- [31] PELIKÁN, J. Základy empirického výzkumu pedagogických jevů. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- [32] PIPEKOVÁ, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

- [33] PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- [34] PREISS, M. a kolektiv. Klinická neuropsychologie. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-443-6.
- [35] PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.
- [36] ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-512-2.
- [37] ŠIŠKA, J. Mimořádná dospělost. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
- [38] ŠVARCOVÁ, I. Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením. Praha: Septima, 1994. ISBN 80-85801-27-2.
- [39] ŠVARCOVÁ, I. Příprava mládeže s těžším mentálním postižením na trhu práce. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-4-8.
- [40] ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- [41] TOMEŠ, I. a kol. Sociální správa. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-560-1.
- [42] VAĐUROVÁ, H. MÜHLPACHR, P. Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- [43] VÁGNEROVÁ, M. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
- [44] VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
- [45] VALENTA, M. MÜLLER, O. Psychopedie. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.
- [46] VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- [47] Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele. Praha: MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- [48] SCHALOCK R. L., Models of disability, Quality of life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities Volume 7 Number 4 pp 283-294 2010.

Elektronické zdroje

- [1] Zákon č. 108/2006 Sb. o soc. službách, [online]. Dostupný na WWW: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf
- [2] Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb., [online]. Dostupný na WWW: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/>
- [3] Maslowova teorie potřeb, [online]. Dostupný na WWW: <http://www.vedeme.cz/>,
http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida
- [4] Empowerment, [online]. Dostupný na WWW: <http://www.velkyvuz.cz/budemevetsi/?Empowerment>
- [5] Mentální retardace, [online]. Dostupné na WWW: www.dobromysl.cz
- [6] Mentální retardace [online]. Dostupný na WWW: <http://web.telecom.cz/domovsvateanezky/mentalni-retardace.htm>.
- [7] Genetic causes of Mental Retardation – United States. [online] Překlad: Ing. Ivan Pergler. Dostupný na WWW: <http://www.helpnet.cz>.
- [8] SADÍLKOVÁ, Kateřina. Mentálně retardované dítě. [online]. Dostupný na WWW: <http://www.sweb.cz/katerina.sadilkova/id4.htm>.
- [9] Deklarace o právech mentálně postižených osob. [online]. Dostupný na WWW: www.dobromysl.cz
- [10] Komunitní plánování. [online]. Dostupný na WWW: <http://www.pardubice.eu/urad/radnice/magistrat/odbory-magistratu/oks/komunitni-planovani/co-je-to-kp.pdf>, cit. 2011-04-29
- [11] Sociální služby. [online]. Dostupný na WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf, cit. 2011-03-23
- [12] The quality of life model, University Toronto, Canada. [online]. Dostupný na WWW: www.utoronto.ca/qol/concepts.htm, cit. 2011-02-25

Informačních výtisky

- [1] Rodičům mentálně postižených dětí
- [2] Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období. 2006 – 2009, Praha 2005, VVZPO
- [3] 25 let porozumění a spolupráce, SPMP Brno 1995
- [4] Společně na cestě, Praha 1996, Občanské sdružení „Porozumění“
- [5] Národní zpráva o rodině. Praha: MPSV, 2004.

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Deklarace o právech mentálně postižených, vyhlášena na Valném shromáždění OSN

dne 20. prosince 1971

Příloha č. 2 - Kodex mentálně postiženého občana

Příloha č. 3 - Standardy kvality sociálních služeb

Příloha č. 4 - Dotazníkové šetření

Příloha č. 1

Deklarace o právech mentálně postižených, vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

1. Mentálně retardovaná osoba, pokud je to možné, má stejná práva jako ostatní občané
2. Mentálně retardovaný má právo na řádnou léčebnou péči, na výuku a rozvoj, které umožní rozvinout v maximální míře její možnosti a schopnosti.
3. Mentálně retardovaný má právo na hospodářské zabezpečení a přiměřenou životní úroveň. Má plně právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, mentálně retardovaný má žít s vlastní rodinou nebo v zařízení, které rodinu plně nahrazuje. Zařízení, v němž žije, má být podporováno veřejností. Jestliže je nezbytné umístění ve speciálním zařízení, musí být prostředky i podmínky tohoto zařízení co nejvíce podobné normálnímu životu.
5. Mentálně retardovaný má právo využívat kvalifikovaného opatrovníka, jestliže si to vyžaduje jeho osoba nebo jeho osobní zájmy.
6. Mentálně retardovaná osoba má právo na ochranu před vykořisťováním, využíváním a znevažováním. Pokud by byla žalována pro jakýkoliv přestupek, má právo na právní proces s plným respektováním stupně své duševní zodpovědnosti.
7. Pokud se zřetelem na stupeň svého postižení někteří mentálně retardovaní nejsou schopni realizovat svoje práva, tedy jestliže je nutné jejich omezení nebo odepření, uskutečnění tohoto omezení nebo odepření práv má ochránit mentálně retardovaného od zneužití. Tento postup má být založen na zhodnocení společenských schopností postiženého kvalifikovaným expertem. Omezení práv nebo jejich odepření má být podrobena pravidelné kontrole a mentálně retardovaný má právo odvolání k vyšším instancím.

2027. plenární zasedání OSN

Příloha č. 2

Kodex mentálně postiženého občana

1. Nezkoušejte na mě teorie a strategie.
2. Nesnažte se mě ovládat. Jako každý člověk mám právo na vlastní sílu.
3. Buďte mým spojencem proti těm, kteří mě využívají.
4. Nepovažujte moje postižení za nedostatek. Jste to vy, kdo mě považuje za lišícího se a bezmocného.
5. Nesnažte se mě opravit, nemám poruchu. Podpořte mě. Já mohu společnosti přispívat svým vlastním způsobem.
6. Nesnažte se stát mým přítelem. Zasloužím si víc. Snažte se mě poznat. Pak se můžeme přátelit.
7. Nepoučujte mě, abych byl slušný, poslušný a všemu se podroboval. Potřebuji mít pocit, že mám právo říci NE, když se chci bránit.
8. Nepomáhejte mi, i když vám to dělá dobře. Vždy se mě nejprve zeptejte, zda pomoc potřebuji. Dovolte mi ukázat vám, jak mi můžete pomoci.
9. Nepovažujte moje postižení za problém.
10. Neobdivujte mě. Přání žít plnohodnotný životem nevyžaduje obdiv.
11. Respektujte mě, protože respekt předpokládá rovnoprávnost.
12. Neříkejte mi, co mám dělat, neopravujte mě, neved'te mě...
13. Nepracujte na mne. Pracujte se mnou.
14. Nevnímejte mě jako pacienta. Jsem vaším spoluobčanem.
15. Považujte mě za svého souseda. Pamatujte, že nikdo z nás nemůže být úplně soběstačný.
16. Nesnažte se změnit moje chování. Buďte potichu a naslouchejte.
17. To, co označujete za nevhodné, je možná mým pokusem komunikovat s vámi způsobem, který zvládnou.
18. Nesnažte se mě měnit. Nemáte na to právo. Pomozte mi naučit se to, co chci.
19. Neskrývejte svoji nejistotu za „profesionální odstup“. Buďte člověkem, který naslouchá a nezametejte přede mnou cestičku – potřebuji projít svými zápasy.

Příloha č. 3

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje; <i>(změna k 1.8.2009)</i>	ano
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;	ano
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.	ne

2. Ochrana práv osob

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;	ano
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;	ne
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;	ne

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;	ano
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;	ano
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;	ano

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.	ne
--	----

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;	ne
c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.	ne

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;	ano
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;	ano
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;	ne
d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.	ne

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;	ano
b) Poskytovatel spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejích osobních cílů;	ne
c) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejich individuálně určených potřeb;	ne
d) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím. (kritérium vypuštěno)	ne

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;	ano
b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem;	ne
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců;	ne
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě;	ne
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců;	ne
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.	ne

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.	ne

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium	Zásadní
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.	ne

13. Prostředí a podmínky

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;	ne
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;	ne
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;	ne
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.	ne

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;	ne
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby;	ne
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;	ne
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.	ne

Příloha č. 4

Dotazníkové šetření