

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta tělesné výchovy a sportu

**Význam rizika pro empowerment jedinců s mentálním
postižením a možnosti jeho podstupování v DZR Terezín**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Jitka Vařeková, PhD.

Vypracovala:

Bc. Alena Hájková

Praha, duben 2016

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracovala samostatně, a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, dne

podpis diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Děkuji PhDr. Jitce Vařekové, PhD. za ochotu, vstřícnost a cenné rady při zpracování a vedení mé diplomové práce. Dále děkuji svým bývalým kolegům z DZR Terezín za vyplnění dotazníků a za poskytnutí rozhovorů. V neposlední řadě děkuji také své rodině za podporu a trpělivost.

Abstrakt

Název: Význam rizika pro empowerment jedinců s mentálním postižením a možnosti jeho podstupování v DZR Terezín.

Cíle: Cílem této práce je zkoumat fenomén podstupování rizik a jeho význam v rámci procesu empowermentu osob s mentálním postižením v sociálních službách.

Metody: Při empirickém výzkumu byly zjišťovány postoje zaměstnanců DZR Terezín k problematice rizika v sociálních službách. V první části výzkumu byla pro sledování názorů a postojů sociálních pracovníků využita forma dotazníkového šetření (Lepeškové, 2013) u skupiny 22 zaměstnanců – žen, v průměrném věku 46 let. Druhou částí výzkumu byly polostrukturované rozhovory se zaměstnanci, umožňující hlubší kvalitativní analýzu problému. Rozhovorů se účastnilo 7 zaměstnanců. 6 žen a 1 muž. K záznamu byla využita redigovaná forma rozhovoru.

Výsledky: Z šetření oběma metodami vyplývá, že dotazovaní za jeden z nejdůležitějších úkolů při práci s riziky a podpoře lidí považují podporu jejich samostatnosti. Cílem je, aby si klienti mohli v rámci možností sami rozhodovat o svém vlastním životě. Za základní prvek v tomto procesu je považováno sebeřízení. Klient nemá pasivně čekat, až pracovníci v sociálních službách určí, co má dělat a co bude následovat, ale naopak se má do rozhodování v maximální možné míře sám aktivně zapojit. Pracovníci musí umět vyhodnotit, zdali je riziko v činnosti s klientem přiměřené. Dotazovaní se shodli, že v procesu empowermentu je důležité umožnit samostatné rozhodování v oblasti svobody pohybu, zaměstnání a kontaktů s osobami opačného pohlaví. Na druhou stranu většina preferuje restrikce v oblasti konzumace alkoholu. Podle dotazníkového šetření a provedených rozhovorů s pracovníky DZR Terezín vyplynul pozitivní přístup u většiny dotazovaných k podstupování rizika při práci s jedinci s mentálním postižením.

Klíčová slova: empowerment, mentální postižení, práce s rizikem, pobytové služby, dokumentace práce s rizikem, postoje a dilemata pracovníků sociálních služeb

Abstract

Title: The importance of risk for the empowerment of individuals with mental disabilities and the possibility of taking in DZR Terezin

Objectives: The aim of this paper is to examine the phenomenon of risk-taking and its importance in the process of empowerment of persons with mental disabilities in social services.

Methods: In empirical research we were surveyed employee attitudes DZR Terezin to the issue of risk in social services. In the first part of the research was to look at the views and attitudes of social workers employed form questionnaire (Lepešková, 2013) in a group of 22 employees - women with a mean age of 46 years. The second part of the research were semi-structured interviews with staff enabling deeper qualitative analysis of the problem. Talks with 7 employees participated. 6 women and 1 man. The recording was used edited form an interview.

Results: The survey both methods show that the respondents as one of the most important tasks when working with the risks and support to people deemed to support their independence. The aim is to get clients to the extent possible, make their own decisions about their own lives. An essential element in this process is considered self-management. The client does not passively wait to social service workers determine what to do and what will follow, but rather has to decide the extent possible, to actively participate. Workers must be able to evaluate whether the risk of the activity with the client reasonable. Interviewees agreed that the process of empowerment is important to allow independent decision regarding freedom of movement, employment and contacts with persons of the opposite sex. On the other hand, most preferred restrictions of drinking. According to the questionnaire and conducted interviews with workers DZR Terezin positive approach resulted in the majority of the respondents to take risks when working with individuals with mental disabilities.

Keywords: empowerment, mental disability, work with risk, residential services, documentation work and risk attitudes and dilemmas of social service workers

Seznam tabulek, grafů, obrázků

Tabulka č. 1 – Empowerment a změny v postojích (Pattison, 1993), s. 22

Tabulka č. 2. - Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová, 2000), s. 35

Tabulka č. 3 – Škála hlavních kritérií (Kruliš, 2011), s. 37

Tabulka č. 4 - Charakteristika místa a počet respondentů, s. 49

Tabulka č. 5 – Směrodatná odchylka věku respondentů, s. 55

Tabulka č. 6 – Počet a procenta respondentů, s. 61

Obrázek č. 1 – Hodnotící škála VAS, s. 61

Graf č. 1 – Dokončené vzdělání zaměstnanců, s. 56

Graf č. 2 – Odborné zaměření zaměstnanců, s. 56

Graf č. 3 – Počet klientů na odd. v DZR, s. 57

Graf č. 4 – Snížená soběstačnost, s. 57

Graf č. 5 – Typ postižení klientů, s. 58

Graf č. 6 – Délka vykonávané profese, s. 58

Graf č. 7 – Schopnost klientů s mentálním postižením adekvátně jednat v rizikových situacích při podpoře, s. 59

Graf č. 8 – Vliv rozumových schopností na adekvátní rozhodování klientů s mentálním postižením, s. 60

Graf č. 9 – Zbavení/omezení způsobilosti, s. 60

Graf č. 10 – Míra sebejistoty, s. 61

Graf č. 11 – Dokumentace při práci s riziky, s. 63

Obsah

1. Úvod	11
2. Teoretická část	13
2.1 Sociální služby	13
2.1.1 Definice.....	13
2.1.2 Legislativa.....	13
2.1.3 Standardy kvality	13
2.1.4 Individuální plánování v sociálních službách.....	15
2.1.5 Komunikace mezi pracovníkem a klientem.....	18
2.2 Riziko	20
2.2.1 Definice.....	20
2.2.2 Význam pro empowerment.....	20
2.2.3 Postoje a dilemata pracovníků v sociálních službách.....	23
2.3 Jedinci s mentálním postižením	31
2.3.1 Definice.....	31
2.3.2 Klasifikace	32
2.3.3 Příčiny	36
2.3.4 Kognitivní funkce	36
2.4 Ústavní péče	39
2.4.1 Definice.....	39
2.4.2 Klasifikace	40
2.4.3 Rizika ústavní péče	42
2.4.4 Charakteristika vybraného zařízení	45
3. Praktická část.....	47
3.1 Cíle	47
3.2 Vědecké otázky	47
3.3 Metody výzkumu	48
3.4 Metody sběru dat.....	49
3.4.1 Rozhovor.....	49
3.4.2 Dotazník.....	51
4. Výsledky	54
4.1 Vyhodnocení dotazníku	54
4.2 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru.....	63

5. Diskuse.....	75
6. Závěr.....	81
7. Použitá literatura a elektronické zdroje.....	83
Přílohy: Dotazník, rozhovory	

Seznam zkratek

DZR – Domov se zvláštním režimem

MP – mentální postižení

PSS – pracovník v sociálních službách

IQ – inteligenční kvocient

VAS – vizuální analogová škála

WHO – world health organization

1. Úvod

Téma mé diplomové práce jsem zvolila na základě své několikaleté praxe v domově se zvláštním režimem, kde jsem pracovala jako vedoucí na oddělení s mentálně postiženými, lidmi s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demencí. Práce s lidmi se specifickými poruchami mě velmi naplňovala a bavila. Tito lidé jsou vděční za každý kousek pozornosti z vaší strany, těší se na aktivity s vámi. Jsou milí a bezprostřední, ale také lehce zranitelní. Jedním z našich cílů na oddělení a vůbec v celém zařízení, byla podpora samostatnosti, a to zejména u osob, které se sami pohybovali i mimo prostory zařízení. Snaha o naplnění těchto cílů však s sebou přinášela určitá rizika, která mě motivovala k zamyšlení.

Řada současných prací upozorňuje na význam přijetí přiměřeného rizika v procesu empowermentu (posílení, osamostatnění) osob se specifickými potřebami (u osob s postižením, seniorů, dětí). Uvádí se, že postupné vystavování jedinců situacím s potenciálním rizikem vede ke zvýšení jejich resilience (odolnosti, schopnost zvládat nepříjemné události).

Riziko můžeme vnímat jako ohrožení, ale zároveň jako výzvu představující nenahraditelný přínos pro náš život. Jestliže chceme s rizikem dobře pracovat, náš pohled by měl být vyvážený. Pokud bychom u rizikových situací vnímali pouze ohrožení a žádné přínosy, náš pohled bude přehnaně úzkostlivý a budeme mít sklon k nadměrnému omezování aktivit. Pokud bychom naopak viděli pouze přínosy a na možná ohrožení bychom zapomněli, budeme riskovat přehnaně. To platí nejen v osobním životě každého jednotlivce, ale také při výchově dětí, při práci v oblasti vzdělávání a v sociálních službách. Zvládnuté riziko nás činí šťastnějšími a odolnějšími, zatímco nezvládnuté riziko nás oslabuje. Skrze prodělané zkušenosti, mnohdy náročné a stresující, zrajeme a stáváme se vyspělejšími. A podobně to platí při práci s lidmi s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením by měli podstupovat rizika stejně, jako intaktní společnost, neboť je to důležitá součást rozvoje jejich osobnosti. Hovoří se o tzv. empowermentu, neboli posílení či osamostatnění. A proto je nezbytné se v sociálních službách zabývat adekvátností podstupovaných rizik, aby klienti, se kterými pracujeme, nebyli přehnaně omezováni, ani uváděni do zbytečného nebezpečí. (Sobek J., 2010)

Diplomová práce se zabývá také jednotlivými postoji pracovníků k rizikovým situacím provázející lidi s mentálním postižením žijící v pobytovém zařízení sociálních služeb v České republice. V roce 2009 ombudsman navštívil pobytová zařízení sociálních služeb. Na základě analýzy těchto institucí bylo zjištěno, že ne všechny poskytovatelé sociálních služeb respektují práva těchto uživatelů. Zejména právo na přiměřené riziko. Lze předpokládat ze smýšlení a vlastních představ k tomuto tématu ze strany pracovníků pobytových zařízení, jakým způsobem podporují uživatele v jejich právech, zejména jakými metodami pracují s rizikem. Z analýzy těchto postojů lze zjistit, na co se v rámci intervencí zaměřit. Práce vychází z dostupné odborné literatury.

2. Teoretická část

2.1 Sociální služby

2.1.1 Definice

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

2.1.2 Legislativa

Poskytování sociálních služeb v České republice je vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., 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. (http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

2.1.3 Standardy kvality

Sociální služby v České republice se řídí souborem pravidel a postupů souhrnně nazvaných standardy kvality poskytovaných sociálních služeb. Popisují, jak by měla vypadat kvalitní sociální služba. Standardy kvality jsou sepsaným souborem pravidel a postupů, které jsou žádoucí pro cílový stav a umožňují konkrétnímu subjektu posuzovat míru jejich naplnění (Bicková, 2011).

Standardy kvality sociálních služeb jsou zahrnuty v prováděcí vyhlášce k zákonu o sociálních službách. Důvodem jejich vzniku bylo nutnost zavedení kritérií, která jsou měřitelná z hlediska kvality poskytování sociálních služeb. (<http://eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/standardy.pdf>)

Snahou zákonodárců bylo vytvořit soubor kritérií, s jejichž pomocí bude možno poznat, zda služby podporují osobní růst a nezávislost uživatele. Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace. (Valenta, Müller, 2007).

Standardy jsou číslovány a rozděleny do tří základních částí: proceduální, personální a provozní. Současná vyhláška č. 505/2006 Sb., zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Proceduální standardy (standardy 1-8) – stanovují, jak má poskytovaná služba

vypadat. Personální (standardy 9-11) – se věnují personálním zajištění služeb, vedení, podpoře a podoba standardů kvality obsahuje 15 standardů, z nichž v práci s rizikem se věnuje zejména standard č. 5 individuální plánování, standard č. 2. ochrana práv osob a standard č. 14 nouzové a havarijní situace. (<http://eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/standardy.pdf>).

Zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby. To má význam jak pro instituce, které sociální služby financují (místní samosprávy, stát, sponzory), tak především pro samotné uživatele.

Vytváření podmínek pro zajištění kvality je úzce spjato s reformou veřejné správy, jejíž podstatou je převedení kompetencí na nižší úroveň (kraje, obce, nestátní sektor). V této situaci je třeba vytvořit mechanismy, které zajistí bezpečnost, odbornost, dostupnost sociálních služeb. Tímto mechanismem by se měla stát kontrola kvality poskytovaných služeb – inspekce. Standardy budou sloužit jako měřítko pro hodnocení kvality. Přestože standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb, největší význam budou mít pro ústavní zařízení. Zavádění standardů, které jsou orientovány na podporu nezávislosti na sociální službě, přispěje ve svém důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem. Sociální služby jsou opravdu veřejnou službou, která je včas dostupná všem, kteří ji potřebují. (<http://eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/standardy.pdf>)

Pracovníci sociálních služeb, kteří se každodenně setkávají s lidmi s mentálním postižením a pracují s rizikem, jsou mnohdy odkazováni na seznámení se standardy poskytované sociální služby. Důvody obeznámení jsou zřejmé, standardy kvality jsou teoretickým rámcem, jak službu správně poskytnout. Dokumentování rizik přináší jistotu pro pracovníky sociálních služeb, jak riziko uchopit a jak s ním pracovat. V současné době mnohá pobytová zařízení přistupují ke změně zavedeného ústavního řádu v souvislosti s poskytováním sociální služby – k transformaci. Transformace je chápána jako nástroj, který ve větší míře umožňuje stávajícímu uživateli služby začlenění do běžného chodu komunity, přičemž aktivně brání sociálnímu vyloučení. (Šiška, 2005)

2.1.4 Individuální plánování v sociálních službách

Individuálním plánováním služby můžeme (v kontextu současných požadavků na kvalitu sociálních služeb) jednoduše rozumět proces „kontraktování“ – tj. dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována. (Bicková, 2011)

Individuální plánování má za úkol dojednat, jak v týmu zaznamenávat důležité skutečnosti, které se v průběhu poskytování služby udály (přání, sdělení uživatele, důkazy o poskytnuté podpoře, informace o mimořádných událostech, informace, které mohou mít vliv na vyhodnocení průběhu služby nebo dojednávání dalších potřeb či cílů. Individuální plán je výsledkem procesu individuálního plánování. Vzniká v součinnosti s uživatelem služby, a to na základě jeho představ o výsledné změně, jak bude jeho život v dané oblasti vypadat. Od klíčového pracovníka se však v procesu individuálního plánování nejvíce očekává, že bude obhájcem svého uživatele a jeho plánu. Bude dohlížet na to, aby uživatel měl zajištěnou veškerou podporu, a to ze stran všech pracovníků. Klíčový pracovník reflektuje nedostatky a přichází s podněty pro hodnocení. (Holub, 2007)

Proces individuálního plánování sociální služby obsahuje dva důležité prvky:

- 1) „Plán“ – uvědomělý postup (jako opak chaosu, nahodilosti, nepředvídatelnosti).
- 2) „Dojednávání“ – partnerské zapojení uživatele sociální služby do procesu jejího plánování (jako opak přehlížení názorů uživatele, vnucování postupů a způsobů poskytování služby, udržování uživatele v roli podřízené a závislé).

Plánováním služby tedy můžeme (v širším slova smyslu) rozumět vlastně každé domlouvání postupu mezi pracovníkem a uživatelem služby. Pojem „plánování služby“ však nejčastěji (v užším slova smyslu) zahrnuje pravidelný, předem sjednaný cílený dialog tzv. klíčového pracovníka (pracovníka, který je zodpovědný za plánování služby) a uživatele služby, ve kterém vyhodnocují průběh poskytování služby a plánují, jakým způsobem bude způsob jejího poskytování reagovat na aktuální cíle a potřeby uživatele. (Bicková, 2011)

Metodika pro hodnocení záznamů individuálních plánů a konkrétní příklady individuálních plánů s poukázáním na chyby při jejich formulaci.

Zákon 108/2006 Sb. ukládá sociálním službám za povinnost individuálně plánovat. Tuto povinnosti můžeme:

- nerespektovat a riskovat správní delikt a tedy pokutu případně až odnětí registrace
- naplňovat formálně, plánovat a vytvářet plány naoko či z vnějšího donucení, bez víry
- ve smysl a přínos plánování. Možná ušetříme nějakou energii tím, že všem klientům dáme do složky formulář s pár frázemi a minimem textu, ale zase o mnoho energie přijdeme nadáváním a nekonstruktivní nespokojeností.
- naplňovat konstruktivně, propojit s požadavky zákona s vlastní praxí, a hledat způsoby, jakými by plánování bylo užitečné pro nás i klienty. To znamená převzetí vlastní odpovědnosti za proces plánování.

(Holub, 2007)

Správně vedený záznam individuálního plánu v sociálních službách obsahuje:

- a) **Dostatečný popis výchozí situace:** Je popsána nepříznivá sociální situace, kterou má poskytovatel s uživatelem v rámci individuálního plánu řešit. Z vymezení nepřiměřené sociální situace je zřejmé, že daný uživatel spadá do okruhu osob dané sociální služby, v níž byl plán vypracován. V textu budu toto kritérium uvádět jako popis výchozí situace.
- b) **Informační přiměřenost:** Individuální plán obsahuje přiměřené množství objektivních a věcných informací s dostatečnou výpovědní hodnotou, aby mohl sloužit jako:
 - 1) Záznam o plánování a zdůvodnění smyslu plánování, de facto pak důkaz o poskytnutí služby a domluvě učiněné mezi pracovníkem a uživatelem.
 - 2) Nástroj předání informací o poskytnutí služby dalším pracovníkům.
- c) **Kompaktnost:** Záznam individuálního plánu obsahuje provázané základní složky:
 - 1) Popis nepříznivé sociální situace klienta,
 - 2) cíl spolupráce klienta a služby,
 - 3) kroky, které obě strany učiní
 - 4) případně revizi, pokud už došlo k uplynutí doby, na kterou bylo plánováno.

Tyto složky na sebe vzájemně logicky navazují.
- d) **Dostatečná efektivita pro řešení nepříznivé sociální situace:** Stanovený cíl spolupráce a stanovené kroky směřují vhodnou formou ke zlepšení nepříznivé sociální situace uživatele. Stanovený cíl a stanovené kroky směřují k rozvoji

spolupráce mezi poskytovatelem služby a klientem. V dalším textu budu toto kritérium uvádět jako efektivita.

- e) **Transparentnost:** Hodnověrně popisuje výstupy procesu plánování, tedy na čem se pracovník a uživatel služby domluvili. Záznam plánu odráží partnerský přístup a respekt k lidským právům uživatele. (<http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/hodnoceni-individualnich-planu/>)

Dokumentace k průběhu plánované služby má jednotlivé složky, kterými se klíčový pracovník při individuálním plánování zabývá. Někde se vychází z počítačového programu, někde se pracuje s písemnými záznamy. Struktura individuálního plánu je následující.

Sběr dat – zahrnuje v sobě osobní a rodinnou anamnézu, zvyky a zájmy uživatele, důležité mezníky v životě uživatele. Někteří autoři mají pod názvem „osobní profil“. (Holub, 2007)

Mapování – zhodnocení aktuálního stavu uživatele pracovníky poskytovatele sociálních služeb (jeho chování, dovednosti, limity) profesnímu rozvoji pracovníků.

Standardy kvality podle příručky pro uživatele 2008:

- 1) cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
- 2) ochrana práv osob,
- 3) zájemce o službu,
- 4) smlouva o poskytování sociální služby,
- 5) individuální plánování průběhu sociální služby,
- 6) dokumentace o poskytování sociální služby,
- 7) stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
- 8) návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje,
- 9) personální a organizační zajištění sociální služby,
- 10) profesní rozvoj zaměstnanců,
- 11) místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- 12) informovanost o poskytované sociální službě,
- 13) prostředí a podmínky,
- 14) nouzové a havarijní situace,
- 15) zvyšování kvality sociální služby

Důležitým bodem při sepisování individuálního plánu s klientem, je stručně a výstižně

vyzdvihnout všechny klientovi požadavky.

Přání – uživatel někdy verbalizuje (ale nemusí to být to jeho konkrétní přání). Může jich však být i několik.

Potřeby – vycházející z mapování. Každý klíčový pracovník „svého“ klienta zná, ví, co by asi potřeboval, snaží se mu pomoci své potřeby správně navrhnout.

Zdroje - vnitřní („motor“ uživatele, to co dá ze sebe), vnější (okolí, které podpoří).

Rizika - zhodnocují limity uživatele, zahrnují prevenci rizik a podporu, rizikový plán se vytváří, pokud je riziko nepřiměřené. (Sobek, 2010)

Osobní cíle uživatele – obsahují konkrétní dojednanou podporu, a kdo ji zaštituje.

Hodnocení míry naplňování osobních cílů uživatele (dojednané podpory) – co se během plánování podařilo či nikoliv.

S individuálním plánováním zásadně souvisí umění zaměstnance pokud možno co nejlépe komunikovat s klientem. Díky komunikaci si postupně získá u klienta důvěru, nebo naopak.

2.1.5 Komunikace mezi pracovníkem a klientem

Při vytváření vztahu plném důvěry, hraje komunikace s klientem velmi důležitou roli. Muže probíhat v rovině verbální a neverbální, přičemž obě úrovně komunikace představují projev člověka a jsou vnímány jako celek. Rozvíjením komunikačních dovedností muže případový pracovník předcházet nedorozuměním při komunikaci s klientem.

- **Verbální komunikace s klientem**

Pro navázání dobrého vztahu s klientem je velmi důležité, aby pracovník ovládal umění rozhovoru. Rozhovor představuje dorozumívání dvou nebo více osob, prostřednictvím kterého dochází ke sdělování pocitu, názoru, zkušeností, nadějí. Představuje dialog, tedy dorozumívání pomocí slov, které formuluje a odkrývá pravý stav věcí. Během komunikování s klientem je důležité zjistit nejen to, co klient potřebuje, nýbrž i to, co je klient ochoten a schopen přijmout za účelem potřebné změny. Důležitou součástí komunikace je umění aktivního naslouchání, které klientovi poskytuje dostatek zpětných vazeb, a kterým muže pracovník povzbudit klienta k další aktivitě během rozhovoru. Mezi pravidla aktivního naslouchání patří např. udržování očního kontaktu s klientem, kladení objasňujících otázek, zrcadlení klientovi, jak bylo jeho sdělení

pochopeno, převyprávění informací od klienta jinými slovy. Mezi techniky osvědčené v rozhovorech patří i rekapitulace, kotvení a zhodnocení. V rozhovoru je vhodnější klást otázky otevřené, umožňující klientovi manévrovat k námětu, který je pro něho důležitý. Přímé dotazování uzavřenými otázkami, které je nutno zodpovědět jednoznačně, může být klientovi nepříjemné. (Havránková in Matoušek a kol., 2003)

„Při rozhovoru druhému pomáháme tím, že nasloucháme aktivně. To znamená, že ho při naslouchání zároveň posilujeme, aby ve sdělení pokračoval. Pro naslouchání jsou důležité mimoslovní signály, jako je kývání hlavou, příklon těla k mluvícímu, sledování očima, výraz zájmu v mimice.“ (Praško et Prašková, 2007)

- **Neverbální komunikace s klientem**

Komunikace neprobíhá pouze pomocí slov, nýbrž i mimoslovně, tj. na neverbální úrovni, která se děje většinou bezděčně. Pozorným vnímáním a vyhodnocováním těchto nezáměrných sdělení si může pracovník dokreslit mnoho nejasných detailů o příběhu klienta, který žádá o pomoc. Neverbální sdělení vyjadřuje:

- oční kontakt, který vyjadřuje ochotu klienta angažovat se v komunikaci; je to ukazatel vnímavosti a pozornosti, jeho nedostatek se interpretuje jako nedostatek zájmu a upřímnosti; je vhodná přiměřená míra pohledu tak, aby nedošlo k neomalenému zírání, které je spíše projevem nezdvořilosti nebo dokonce zlosti;
- odstín hlasu, kdy silný tón bývá známkou agresivity, síly a touhy ovládat, příliš tichý a monotónní hlas může vyjadřovat nezáměr nebo rezignaci; je vhodné naučit se ovládat svůj hlas podobně jako hudební nástroj a držet ho v nižší tónině, která uklidňuje a podporuje důvěru;
- výraz obličeje, kdy z úsměvu nebo zamračenosti, z přikyvování nebo vrtění hlavou, z chvění rtu nebo ze zčervenání lze vyčíst mnohé – nejistotu, strach, rozpaky, vztek i nedůvěru; mimika neboli výraz tváře může prozradit, že klient něco jiného říká, než myslí; lze rovněž vyčíst vážné vnitřní rozpory a nejistotu, nelibost nebo nesouhlas klienta, který se možná v rozhovoru necítí dobře a je unaven;
- ruce a nohy, kdy intenzivní pohyb rukou i paží dokresluje emoční rozsah slov; jindy jsou gesta pouhou dekorací mluvy; zkřížení paží na hrudi nebo zkřížení nohou spolu s celkovou ztuhlostí vyjadřují při rozhovoru s klientem jeho obranný postoj; ruce volně splývající podél těla nebo vztažené k partnerovi vyjadřují otevřenost a vstřícnost; sevřené pěsti znamenají vztek nebo úzkost; bubnování

prsty, poklepávání špičkami nohou nebo podupávání patami, stejně jako kmitání nohou, vyjadřují neklid či netrpělivost;

- pozice těla a postavení účastníku rozhovoru, kdy ideální poloha pro vzájemné postavení účastníku je taková, aby klient s pracovníkem seděli vůči sobě zhruba v pravém úhlu,
- což poskytuje pocit bezpečí a umožňuje otevřenost; pokud se sedí proti sobě, může to účastníky provokovat ke konfrontaci; oddělení účastníku rozhovoru stolem naruší pocit blízkosti a otevřenosti; předklonění směrem k druhému znamená projev zájmu a ochoty;
- oblečení a celkový zjev, kdy barevné vyladění oblečení, upravený účes, ozdoby, přezdobenost, ležérnost o člověku mnohé vypovídá; je vhodná taková úprava zevnějšku, která nebude působit provokativně nebo rušivě.

(Havránková in Matoušek a kol., 2003)

2.2 Riziko

2.2.1 Definice

Riziko můžeme vnímat ve dvou polaritách: jako ohrožení, ale zároveň jako zdroj nenahraditelných přínosů pro náš život. Jestliže chceme s rizikem dobře pracovat, náš pohled by měl být vyvážený. (Sobek, 2010)

2.2.2 Význam pro empowerment

S anglickým pojmem empowerment se můžeme setkat v mnoha disciplínách. Empowerment odpovídá významu slova posílení nebo zapojení. Rozpětí jeho užití je široké, a to od managementu v oblasti vedení lidských zdrojů, přes sociální politiku a práci. V managementu se pojem empowerment uchytil během posledních 20 let, a to ve smyslu posílených (empowered) pracovníků, kteří jsou pak schopni pracovat více a jsou odpovědní za své činy. (Walters a kol., 2001)

Různí autoři definují empowerment jedinců s postižením různě:

V článku „A Working Definition of Empowerment“ od amerického psychiatra Judiho Chamberlina (1997). Chamberlin definuje empowerment tím, že vyjmenuje jeho klíčové prvky. Jedná se o: Být si vědom vlastní možnosti rozhodnout se. Mít přístup k informacím a zdrojům. Mít více možností na výběr (nejen ano-ne; buď, anebo). Asertivita, pocit, že můžu něco změnit (mít naději), myslet kriticky a umět se podívat na věci z různých úhlů. Poznat a naučit se vyjadřovat svůj vztek, necítit se osaměle,

cítit, že někam patřím. Pochopit, že lidé mají svá práva, mít možnost ovlivňovat svůj život a společenství, kde žiji. Učit se dovednostem, které považuji za důležité. Ovlivňovat pohled druhých na moje vlastní možnosti. „Nezůstat stát v koutě.“ Osobní růst a vývoj je nekonečný, budování pozitivního sebeobrazu a překonání „stigmatu“. Chamberlin popisuje empowerment jako proces, týkající se rozvoje osobnosti každého člověka.

Naproti tomu Harp (1994) uvádí, že: Empowerment jednotlivců s postižením je stav, kdy mají stejnou úroveň kontroly nad vlastním životem a podmínkami, které mají na život vliv, jakou mají obecně lidé bez postižení.

West and Parent (1992) naproti tomu zdůrazňují: Empowerment je převod moci a kontroly nad rozhodováním, výběry a hodnotami od externích celků k uživateli služeb pro lidi s postižením.

Podle závěrů Silleryho (1993) je cílů dosaženo, pokud **empowerment je**:

- Zvyšování povědomí jedinců o jejich možnostech volby a poskytování jim zodpovědnosti za vlastní životy – do té míry, do jaké je to jen možné.
- Vnitřní rozpoznávání hodnoty lidí založené na vzájemné úctě a oceňování.
- Cítit se důležitým, mít právo na informace, být si vědom hodnot v lidech.
- Předávání odpovědnosti lidem – odpovědnosti za dosahování výsledků a cílů v organizaci.
- Poskytování informací lidem a možností, aby se mohli rozhodovat.
- Samostatně zařizovat věci pro sebe.
- Mluvit za sebe a žádat o ten typ služby, který opravdu chceme.

(Sillery: International Conference in Limerick, 1993)

Lidé s postižením mají často v porovnání se svými vrstevníky v některých oblastech méně zkušeností. To má několik důvodů:

- menší možnosti zkušenosti získávat;
- lidé kolem často s podobným postižením – bez kontaktu s vrstevníky bez postižení;
- strach a hyperprotektivita od okolí;
- podceňování schopností;
- nedávání možnosti k rozhodování a výběru;
- nerespektování vyjádřených nebo naznačených názorů

(<http://www.rytmus.org/equal/kolo1/dokumenty/empowerment/empowerment.pdf>)

Podle Dictionary of Social Work (Thomas and Pierson, 2002) (empowerment = becoming powerful) se teorie posílení zabývá tím, jak lidé mohou získat kolektivní kontrolu nad jejich životy a stejně tak dosáhnout svých zájmů jako skupina. Jde též o metodu, kterou sociální pracovníci užívají k zvýšení moci (the power) u lidí, kteří ji postrádají. V Anglickém výkladovém slovníku vybraných termínů nalezneme tuto krátkou, ale výstižnou, definici: „Pomáhat lidem získat dovednosti a informace potřebné pro informovanou volbu a ujištění se, že mají dostatek autority dělat taková rozhodnutí, která na ně budou mít vliv. (Bláha, Šemberová, 2004)

Tabulka č. 1: Změny v postojích v důsledku empowermentu (Pattison, 1993)

ZMĚNY V POSTOJÍCH	
OD	K
Bezmoci	Zapojení a posílení
Čekání na příkazy	Činnosti
Dělání věcí správně	Dělání správné věci
Reaktivní	Tvořivý a proaktivní
Obsah práce	Proces a obsah práce
Kvantita	Kvantita a kvalita
Šéf je odpovědný	Všichni jsou odpovědní
Obviňování z problémů a chyb	Řešení problémů a chyb

Empowerment (zapojení a posílení člověka) je tedy jedním z cílů práce profesionálů poskytujících sociální služby, ale i prostředkem, aby tyto služby byly poskytovány dobře.

Můžeme si položit otázku, zdali má zapojení klientů z ústavních zařízení smysl? Smyslem tohoto způsobu zapojení a posílení je přímý vliv uživatelů na podobu služeb, standardů služeb a systém poskytované péče. A to tak, aby služby „sloužily“ uživatelům, a ne potřebám pracovníků nebo institucí. Tak aby služby byly poskytovány na základě konkrétních, vysoce individuálních potřeb uživatele. Uživatel by se neměl stávat osobou, která se do nich musí nějak vejít. Jak by mělo výsledné zapojení vypadat? Uživatel má možnost pravidelně se vyjadřovat k chodu a podobě poskytované služby. Je

přizýván ke všem důležitým jednáním, která se týkají poskytování služby, případně změn v jejím poskytování. Spolurozhodování nutně nemusí znamenat, že je za všech okolností právo rozhodnout pouze na straně uživatele, ale musí se vytvářet v rámci vzájemného vyjednávání s ohledem na možnosti, které se nabízejí. (<http://www.rytmus.org/equal/kolo1/dokumenty/empowerment/empowerment.pdf>)

2.2.3 Postoje a dilemata pracovníků v sociálních službách

Dilemata pracovníků v sociálních službách jsou volby mezi dvěma vzájemně se vylučujícími variantami. Správná volba je pro pracovníky svým způsobem stresující z hlediska nutného a co možná nejlepšího výběru. Přitom ani jedna možnost nemusí být zcela vyhovující ani příjemná. Její správnost se většinou ověří až po delším čase. V rizikových situacích u lidí s mentálním postižením pracovníci musí volit jednu ze dvou možností řešení, která nejsou vždy tak úplně jednoznačná. (Atkinson, 2003)

Postoj je mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na odpovědi individua vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci. (G. W. Allport, 1937)

U definic postojů lze zdůraznit tři rysy: za prvé, že jsou naučené, za druhé že jsou konzistentní, a za třetí, že se týkají příznivých nebo nepříznivých reakcí. Jiné definice zase zdůrazňují, že postoje nás připravují k činnosti. Způsobují, že se častěji chováme určitým způsobem. Například definice navržená Osgoodem, Sucim a Tannenbaumem v roce 1957 zněla: „Postoje jsou predispozice k reakci, které se od jiných stavů připravenosti hodnotícím charakterem reakce, ke které predisponují.“ Podle této definice se tedy postoje podobají mentálnímu „nastavení“ (set), ale navíc obsahují důležitou hodnotovou složku. (In Hayesová, 1998)

Lze tedy říct, že postoje jsou systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik týkajících se sociálních cílů. (Atkinson, 2003)

Charakteristika postojů je podmíněna zkušeností a kulturními vlivy, orientována na hodnoty s akcentem na emoce a hypotetické konstrukty (ty nemohou být přímo pozorovány, ale odvozovány z chování a mínění). Postoje podle sociálních psychologů zahrnují tři složky (komponenty, dimenze):

- 1) kognitivní složku tvoří přesvědčení o objektu postoje;
- 2) složka afektivní (emoční) obsahuje emoce a pocity, které objekt postoje vyvolává;

- 3) behaviorální (konativní) složkou postoje je jednání směřující k objektu postoje a úmysl se takto chovat

Postoje mají subjektivní význam pro každého člověka. Různí lidé mohou zastávat tytéž postoje z různých příčin, člověk sám může zastávat určitý postoj z více než jedné příčiny. Funkce, kterým určitý postoj slouží, mají také vliv na to, jak dalece je tento postoj konzistentní s dalšími postoji člověka a jak snadno ho lze měnit. (Atkinson, 2003)

Vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích velmi důležitý. Přitom všude tam, kde je možnost ovlivňovat život druhého člověka, kdy má pracovník moc svěřenou výkonem své profese, není vždy tak jednoduché. (Hauke, 2011)

Etika, tedy hledání dobra a spravedlnosti, hledání morální pravdy a postojů je v práci pracovníků sociálních služeb důležitým momentem, zejména proto, že pracovník je v pomoci osobně, nemůže odložit své prožívání a přitom se soustavně rozhoduje mezi možnostmi. (Úlehla, 1996)

Aby bylo porozuměno dilematům pracovníků sociálních služeb v kontextu dnešní doby, je nutné brát na zřetel proměnu společnosti, proměnu hodnot, hledisko zodpovědnosti za život uživatele na jedné straně a na straně druhé jeho zplnomocnění. V souvislosti působnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je vyvíjena iniciativa vedoucí k sociálnímu začlenění lidí s mentálním postižením. Poskytnutí takových sociálních služeb, které vedou k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Nabídnutí sociálních služeb prostřednictvím registrovaných organizací, které přispívají ke snížení závislosti uživatelů na této službě s umožněním jejich maximálního rozvoje a začleněním do běžného života. Informace svědčí o určitém tlaku na organizace, zejména tak na pracovníky a vzniku dilematům.

Všední dilemata pracovníků sociálních služeb mohou vzniknout tehdy, pokud jsou nepříznivé pracovní podmínky, nebo pokud nemohou pracovníci jednat tak, jak by si sami představovali. Nebo když mohou v daných pracovních podmínkách uplatnit odlišné, stejně přijatelné, ale těžko slučitelné postupy. Musil (2004) všední dilemata systematicky rozpracoval do sedmi typů. Jedná se o dilemata mezi:

- 1) komplexními a zjednodušenými cíli,
- 2) množstvím klientů a kvalitou poskytovaných služeb,

- 3) rovnocenným přístupem ke všem klientům a upřednostňováním některých z nich,
- 4) jednostranností a symetrií ve vztazích s klienty,
- 5) procedurálním a situačním přístupem k problémům klienta,
- 6) materiální a nemateriální pomocí a
- 7) snahou zasáhnout včas a obavou z unáhleného zásahu.

(Musil, 2004)

Ad 1) Dilema mezi komplexními a zjednodušenými cíli plyne z nejasnosti cílů sociálních služeb. Cíle sociálních služeb bývají vymezeny pouze rámcově, aby si je veřejnost mohla idealizovat podle vlastních představ. Pracovníci zařízení, kteří služby poskytují, tak činí to samé a cíl si přeměňují do konkrétní podoby po svém. Pracovníci nevědí, zda je jejich interpretace vyhovující, a jsou vděční za každý metodický pokyn, či kurz, školení. Vlastní pojetí cílů způsobuje, že jsou cíle zjednodušovány. Pracovník služby si tímto pojetím cíle přizpůsobuje tak, aby mu usnadňoval jeho práci a aby bylo možno tyto cíle naplňovat. Dilema potvrzují zejména nejasně vymezené cíle služeb a rozpory představách o cílech mezi pracovníky a jejich vedením. (Úlehla, 1996)

Ad 2) Dilema jednostrannosti a symetrie lze popsat jako střet mezi kontrolou a autoritou a podporou a pomocí. Jeho existenci lze vysledovat z jednání s klientem a celkového způsobu práce při řešení jeho problémů. Dalším aspektem tohoto dilematu je pojem držitele problému klienta. Pracovník, který preferuje monolog ve vztahu s klientem, se považuje za držitele a řešitele problému a klienta kontroluje. Kontrola se uplatňuje u řešení problémů, kterési samotný klient neuvědomuje. Spočívá ve sledování jiných zájmů, než jsou přání klienta. Pracovník, který preferuje vztah založený na dialogu s klientem, klienta nechává rozhodovat o svém problému a pomáhá mu tento problém řešit. Pomoc je založena na společně dohodnuté spolupráci. Klient si sám určí, jak chce svůj problém řešit, a přijme nabídku ze strany pracovníka. (Úlehla, 1996)

Kontrola je totožná se snahou pracovníka měnit něco, co klient měnit nechce. Kontrolu si klient neobjednal. Pomoc spočívá v podpoře změny, kterou si klient objednal a kterou očekává. Předpokladem takto vymezené pomoci je dialog. Otázky pomoci a kontroly vystupují zejména v situacích, kdy jsou klienti pasivní. (Musil, 2004)

Pro některé pracovníky nejsou bohužel lidé s mentálním postižením partnery v dialogu, jelikož vyžadují kontrolu jejich života.

Existuje možnost řešení dilematu a to, že monolog jako způsob komunikace s klientem je zcela zamítnut. Lze zde vidět určitou paralelu s individuálním plánováním, kdy se vychází z potřeb klienta, klient je nositelem patentu na řešení své situace.

Ad 3) Dilema množství klientů vs. kvalita služeb je každodenním problémem všech pracovníků. Zvládnutí velkého počtu klientů vede k tomu, že pracovník je nucen rozdělit svůj čas. Tento čas jinak věnuje jednotlivým klientům. Přetížení řeší pracovníci rovněž tím, že se naučí nové způsoby práce, které zjednodušují celý proces práce s klientem. Pracovníci považují nedostatek pracovní kapacity a času za příčinu napětí, což jim zneprůjemňuje pracovní podmínky. (Musil, 2004)

Ad 4) Dilema závislosti na sociální službě se snaží pracovníci u klienta předejít dlouhodobé neschopnosti řešit svoji situaci sám bez pomoci pomáhajícího pracovníka. Předcházením této závislosti je podpora klienta v začlenění do společnosti, snaha pracovníka a klienta v maximální možné míře využít přirozené sociální zdroje klienta a dalších dostupných služeb tak, aby bylo dosaženo úspěšného řešení problému klienta. (Dosoudilová, Fracuchová, 2008)

Ad 5) Dilema neutrality a favoritismu pracovníky nutí volit mezi neutrálním přístupem bez předsudků a rozlišováním klientů podle jejich vlastností. Pracovník intenzivněji pracuje s těmi klienty, které považuje za otevřenější, pružnější, vstřícnější a ke spolupráci. (Musil, 2002)

Očekávání, že právě s těmito klienty bude práce snazší a úspěšná, nejsou ničím podložená. Lze snadno identifikovat z výčitek svědomí pracovníků, kteří si uvědomují, že některé klienty upřednostňují a zároveň vědí, že toto rozlišování není pro výkon jejich práce přípustné. (Musil, 2002)

Ad 6) Dilema profesionalizace a deprofesionalizace vystihuje protikladné tendence. Které požadují deprofesionalizaci, která má otevřít přístup k sociální práci laikům. Sociální služby poskytované přáteli, rodinou a dobrovolníky vedou k výraznějším výsledkům než odborný přístup. (Dosoudilová, Fracuchová, 2008)

Ad 7) Dilema zasáhnout či nezasáhnout je jedno z nejnáročnějších, neboť rozhodnutí, které z něj plyne, je velice závažné a výrazně zasahuje do práv lidí s mentálním postižením. Přesto je dilematická situace, která pracovníka staví před rozhodnutí, zda zasáhnout nebo nezasáhnout, běžnou součástí jejich práce. Obecně platí, že čím více se

pracovník snaží vyloučit riziko, že se člověku s mentálním postižením něco přihodí, tím více je pravděpodobné, že mu zasáhne neoprávněně jeho práva. (Musil, 2004)

Pracovník spoléhá na svůj odborný úsudek. Obecně platí, že čím více se pracovník snaží vyloučit riziko, tím ho čeká horší výsledek. Je důležitý dialogický vztah mezi pracovníkem a klientem, který má sloužit jako prevence nesprávného zásahu i nesprávného nezasáhnutí.

Ad 8) Dilema polyvalence a specializace vzniklo v souvislosti s organizací sociálních služeb. Polyvalence znamená, že pracovník v rámci svého působení v organizaci poskytuje služby uživatelům v nejrozmanitějších životních situacích (hloubka mentálního postižení, různé druhy potřeb uživatelů, různých věk apod.) Specializace vyjadřuje takové pojetí práce, při kterém se pracovník v rámci svého profesionálního působení zabývá pouze určitým sociálním problémem nebo jedním z jeho aspektů. (Matoušek, 2001)

Ad 9) Dilema materiální a nemateriální pomoci například sem spadá poskytování pomoci při vyplňování dokumentů, přímluva, zastupování. Cílem těchto činností zpravidla není naučit klienta zvládat své potíže vlastními silami, což je výsledkem dlouhodobé práce s klientem, ale aktuálně mu pomoci s dílčím problémem, se kterým si neví rady. Zde spatřuji velkou úlohu sebeobhájců lidí s mentálním postižením, kteří svým působením pomáhají prosazovat své zájmy. Zejména jsou dobrým příkladem sebeobhájce - někdo, kdo mluví sám za sebe. Jakoby sám sebe obhajoval. Lidé ze skupiny sebeobhájců se chtějí naučit mluvit sami za sebe - lépe se rozhodovat, nést zodpovědnost, nechat si poradit. Chtějí i říct ostatním o sobě, říct svůj názor, mluvit o svých právech. (<http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129140>)

Vlastní možnosti pomoci. Nemateriální pomocí je myšlena dlouhodobá práce s klientem, aby si pomohl sám, zvládal své problémy a zlepšoval svou životní situaci vlastními silami. Klient se učí zvládat úkoly, chápat a naplňovat své role ve společnosti. (<http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129140>)

Ad 10) Dilema zájem uživatele proti veřejnému zájmu vychází z možného protikladu zájmů klienta a společnosti. Kdy veřejným závazkem poskytování služby je bezpečné prostředí pro uživatele, které se kontruje s právy uživatele. Zvláštním případem konfliktu zájmu veřejného a zájmu uživatele může být poškození uživatele tzv. správným řešením. Pracovníci mohou mít například výčitky svědomí, že dělají věc proti

veřejnému zájmu. Chybám v řešení dilematu lze předcházet uvážlivým a svědomitým posuzováním jednotlivého případu. (Matoušek, 2001)

Ad 11) Dilema rovnocenného přístupu ke všem klientům vyplývá s profesionálního poskytnutí služby. Mnoho možných etických pochybení pramení z narušení či problematického nastavení hranic v pomáhajícím vztahu. Pomáhající či profesionální vztah je v sociální práci považován za výrazný prvek, ne-li přímo předpoklad efektivní práce s klientem. Nemá-li však pracovník svůj vztah ke klientovi vnitřně vymezen, může jen obtížně udržovat jeho hranice tak, aby byl vztah pro všechny strany bezpečný a konstruktivní. (Musil, 2004)

Pracovníci zvládají obtížná rozhodování a dilemata tak, že hledají, předávají si a opakovaně užívají takové pracovní postupy, které jsou pro ně přijatelné. Přijatelné proto, že jsou slučitelné s jejich osobními preferencemi, umožňují jim s určitou dávkou rutiny zvládat dané pracovní podmínky a očekávat přitom, že to přinese uznání ostatních. Pravidla jednání, která v praktické podobě vyjadřují tyto přijatelné přístupy a do nich vtělené ideologické preference, tvoří v každé organizaci její specifickou kulturu přístupu ke klientům. (Musil, 2004)

Naproti tomu Nedělníková (2008) dodává, že důležitým předpokladem pro řešení dilematické situace je sebereflexe každého pracovníka.

Důležitým požadavkem v profesi sociální práce je osobní nasazení pracovníků při řešení problémů s klienty. Zákonitost osobního zaujetí spolu s požadavkem na pracovníka zachovat se dle hodnot neutrálního postavení je značným nárokem na emocionální rovnováhu a výkonnou výdrž pracovníků. (Řezníček, 1994)

Pracovník v sociálních službách je díky své profesi vystaven celé řadě obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým vyžaduje od pracovníků osobnostní dispozice, vzdělání a především i ochotu přinášet oběti. Dalo by se říci, že sociální služby jsou vůbec založené na obrovské ochotě a odhodlání se obětovat. Důležité je ale dodržovat a respektovat etické zásady. Často se ale stává, že je náročnými požadavky pracovník vystaven nepřiměřené zátěži psychické, emocionální i fyzické a dochází k naprostému vyčerpání, mnohdy až k syndromu vyhoření. Vyčerpání je zapříčiněno dlouho trvajícím neboli vleklou zátěží, která může mít charakter psychický, fyzický či emocionální. Skutečností je, že projevem vyčerpanosti je převaha negativních aspektů nad

pozitivními. Pracovník se cítí být hodnocen jako nepotřebný a nedoceněný. (Jankovský, 2003)

Naproti tomu Míček (1984) uvádí, že přetížení může být vyvoláno i nedostatkem odpočinku a citového uspokojení z práce. Pracovníci jsou usilovně fixováni na práci bez dostatečného uspokojení.

Pracovníci sami na sobě mohou pociťovat stresové reakce jako je únava a nedostatek energie, doprovází je pocit neustálé podrážděnosti a negativního přístupu a to jak k sobě, tak ke klientům i spolupracovníkům. V takových případech se pracovníci snaží od všeho utéct. Cítí se být vyčerpaní, mají pocit prázdnoty a osamělosti. Jediné řešení, které se jim zdá být pod tíhou nepřekonatelných překážek možné je všeho se vzdát. Trpí tzv. distresem, který může dospět až k vážným psychosomatickým onemocněním. Stres pak pracovníky provází u výkonů a v přístupu ke klientům, kde se negativně odráží a nastiňuje neprofesionální chování. Hlavní proto je naučit se stresu předcházet a umět jej neutralizovat. Pracovníci při práci s mentálně postiženými tak čelí náročné práci, jelikož spojuje více profesí. Snaží se ulehčit a zpříjemnit, pomoci a dosáhnout. Jejich činnosti by měly být doprovázeny vždy milým úsměvem a pohlazením, pocitem bezpečí a láskyplného vztahu. Pokud se na stres podíváme z jiné stránky, není sám o sobě škodlivým, nesmí ale překročit jistou míru, kdy člověk není schopen dostat se zpět do stavu vyrovnanosti. Vše, co pracovníci prožívají a situace do kterých se dostávají, nemusí být sami o sobě stresujícími. Důležitý je fakt, jak pracovníci k těmto situacím přistupují a jak jim čelí. (Rheinwaldová, 1999)

Jsou lidé, kteří se stres naučili ovládat a nepodléhat mu. Těchto psychicky odolných jedinců ovšem není tolik. Jejich strategie a technika spočívá v kontrole stresu a neztrácení rozvahy. V práci pak dokáží udržet trvale vysoký výkon. (Jones, 2010)

Syndrom vyhoření

Při práci s mentálně postiženými je více či méně jasné, že tato profese bude více energie odebírat než ji dávat. Pracovníci jsou neustále přetížení množstvím klientů, tlaceni nedostatkem času a podmínkami, které neodpovídají kvalitě odvedené práce a mnohdy mají problém při kontaktu s klientem v důsledku nedostatečného profesionálního chování. (Kopřiva, 2006)

Syndrom vyhoření můžeme definovat jako vyhasnutí motivace a stimulačních podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší

očekávané výsledky.“ Je spojován s psychickým a fyzickým vyčerpáním po dlouhotrvajícím stresu. Je to jakési vyplenění všech energetických zásob pracujícího člověka. (Jeklová, 2006)

Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) je souborem charakteristických příznaků, které vznikají u pracovníků nevládající pracovní stres. Tento syndrom, nebo alespoň jeho příznaky jsou nevyhnutelné snad pro každého pracovníka v pomáhajících profesích. Jako obecná příčina vzniku je udáván nárok kladený na pracovníky pracující s lidmi využívající sociální služby. Tito lidé bývají obvykle v tísní a vyžadují patřičnou pomoc. Pracovníci jsou tedy v nepřetržitém kontaktu s lidmi, kteří dost často trpí nerovnováhou psychického stavu a kladou nepřiměřené nároky a požadavky. Na pracovníky je tedy neustále kladen důraz vyžadující vyrovnávání se s pracovním stresem. Je pro ně obtížnější dosáhnout pocitu uspokojení jako je tomu u jiných profesí. (Matoušek, 2003)

Syndrom vyhoření je proces o třech krocích se třemi prvky a to:

- 1) emocionální vyčerpání,
- 2) depersonalizace a
- 3) snížení osobního plnění.

Ad 1) Emocionální vyčerpání je důsledek náročnosti práce a člověk se cítí emocionálně přetížen.

Ad 2) Depersonalizace je jakýsi postoj znatelný v negativním a cynickým chování vůči ostatním.

Ad 3) Snížení osobního plnění se vztahuje k negativnímu sebehodnocení osobního úspěchu, ztrácí se pocit efektivity a je ohrožena sebeúcta.

(Brock, 2002)

Jankovský (2003) uvádí, že k syndromu vyhoření dochází z důvodu ztráty radosti ze života, elánu ale hlavně nadšení a energie pro výkon profese. Dochází k postupné frustraci, kdy je člověk podrážděný až cynický, nedůvěřivý a nastávají u něho stavy deprese. Syndrom vyhoření je v podstatě důsledek dlouhodobé zátěže spojené s nasazením pro druhé lidi. Velmi ale záleží na vztahu naplnění smyslu života a vyhořením. Potvrdilo se, že pracovníci, kteří si uvědomují naplnění smyslu života, se vypořádávají s vyhořením lépe, než ti, kteří smysl života teprve hledají nebo si ho ani neuvědomují.

V zařízení sociálních služeb se pravidelně pořádají odborné semináře na nejrůznější témata. Zaměstnanci se zde mohou dozvědět či si upevnit některé poznatky, například v komunikaci s klientem nebo v péči o něj.

Často se také provádějí supervize, což je vlastně celoživotní forma učení, zaměřená na profesionální rozvoj zaměstnanců.

V procesu supervize je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. V různých možných překladech slova supervize se na obsah tohoto procesu nejlépe hodí význam nadhled. Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným, jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti. Stále širší uplatnění supervize v naší sociální oblasti souvisí se zaváděním standardů kvality sociálních služeb. Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností. Souběžně s tím mu má supervize pomáhat řešit těžko řešitelné případy, má mu pomáhat vyrovnat se s pracovním stresem (zabránit profesnímu vyhoření). Základem supervizní práce je rozhovor – rozhovor supervidovaného pracovníka (supervizi přijímá) a supervizora (supervizi poskytuje). Supervize ve srovnání s řízením pracuje detailněji a hlouběji s osobní motivací všech zúčastněných, s jejich potřebami, přáními fantaziemi, pocity i vzájemnými vztahy. Dává prostor tomu, s čím přicházejí pracovníci sami – zdola. Umožňuje tak objevení skrytých překážek a faktorů, které práci brzdí, využití zdrojů, nápadů a potenciálů zúčastněných. Může přispívat k lepší motivaci pracovníků a ke zlepšení spolupráce na pracovišti, stejně tak jako k otevření problémů, o kterých se dosud nemluvalo. (http://www.krcentrum.cz/files/Supervize-v-socialnich-sluzbach_2b4bba6b.pdf)

2.3 Jedinci s mentálním postižením

2.3.1 Definice

„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“ (Valenta, Müller, 2003)

Švarcová (2000) uvádí, že každý člověk s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Za mentálně postižené se považují takoví jedinci

(děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje oligofrenie (dědičný a vrozený podklad) a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku v průběhu života jedince.

Sellars (2011) zmiňuje, že v souladu s doporučením Britské vědecké společnosti, je vhodné používat termín lidé s „intellectual impairment“, tedy jedinci s postižením intelektu.

Termín mentální postižení (volně přeloženo jako zpoždění duševního vývoje), je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na prostředí. Termín se začal používat v širším měřítku až po konferenci WHO v Miláně, roku 1959. Pozvolna tak nahradil celou řadu relevantních pojmů. V České republice se oficiálně používá termín mentální retardace od 1. 1. 1994 v souladu s novou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revizí zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. V literatuře se můžeme setkat s pojmy oligofrenie, slabomyslnost, mentální retardace, mentální defekt, zaostalost duševního vývoje, mentální subnormalita atd. (Valenta, Müller, 2003)

Jiná definice hovoří o: „Neschopnosti dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 procent normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.“ (Vágnerová, 2004 in Škoda, Fischer 2008)

2.3.2 Klasifikace

Podle nové klasifikace se mentální postižení dělí do šesti základních kategorií:

- 1) Lehké mentální retardace
- 2) Středně těžká mentální retardace
- 3) Těžká mentální retardace
- 4) Hluboká mentální retardace
- 5) Jiná mentální retardace
- 6) Nespecifikovaná mentální retardace

1) Lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně postižení většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když mluvu si osvojují opožděně. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči - jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky. (Švarcová, 2000)

Vítková (1998) uvádí, že nedostatečné vyjadřování myšlenek a přání jedince brání v socializaci, což je v rozporu s Lechtou (2002), který vidí verbální schopnosti jedince s lehkou mentální retardací v běžných komunikačních situacích jako dostačující. Jejich řeč tedy nemusí být mimořádně nápadná.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii. (debilitu)

(Švarcová, 2000)

2) Středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také omezena a opožděna schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha) a zručnost. Často se zde vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejm. epilepsie.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (imbecilitu)

(Švarcová, 2000)

3) Těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžkým mentálním postižením. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují poškození vadného vývoje ústředního nervového systému. Také rozvoj myšlenkových schopností i řeči výrazně opožděn. (Švarcová, 2000)

Například Lechta (2002) uvádí, že hranice mezi střední a těžkou retardací vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v mluvních výkonech.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenií

(Švarcová, 2000)

4) Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20)

Postižení jedinou jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby, vyžadují stálý dohled a stálou pomoc. Velmi často, a to převážně u mobilních klientů, se zde objevuje atypická forma autismu. IQ dosahuje nejvíce 20, což v dospělosti odpovídá věku 3 let.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenií (idiocií)

(Švarcová, 2000)

5) Jiná mentální retardace

Tato kategorie je použita tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace za pomoci obvyklých metod je zvláště nesnadné, např. u nevidomých, neslyšících, u osob s těžkými poruchami chování

6) Nespecifikovaná mentální retardace

Užívá se v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, abychom zařadili pacienta do jedné výše uvedených kategorií. (Švarcová, 2000)

Tabulka č. 2: Průvodní jevy mentální retardace (Švarcová, 2000)

MENTÁLNÍ RETARDACE				
	Lehká (IQ 50 – 69)	Středně těžká (IQ 35 – 49)	Těžká (IQ 20 – 34)	Hluboká (IQ nižší jak 20)
Neuropsychický vývoj	omezený, opožděný	omezený, výrazně opožděný	celkově omezený	výrazně omezený
Somatická postižení	ojedinělá	častá, častý výskyt epilepsie	častá, neurologické příznaky, epilepsie	Velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové
Poruchy motoriky	opoždění motorického vývoje	výrazné opoždění mobilní	časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky	většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu
Poruchy psychiky	snížení aktivity psych. procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení	celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, opožděný rozvoj chápaní	výrazně omezená úroveň všech schopností	těžké poruchy všech funkcí
Komunikace a řeč	opožděný vývoj řeči, obsahová chudost	rozvoj řeči je variabilní, někteří jedinci schopni soc. interakce, projev je chudý	komunikace převážně nonverbálně - výkřiky, jednotlivá slova	nonverbální komunikace, nebo nekomunikují vůbec
Poruchy citů a vůle	afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost	nestálost nálady, impulzivnost, zkrat. jednání	časté sebepoškozování	třeba stálý dohled
Možnosti vzdělávání	speciální vzdělávací program	speciální program (pomocná škola)	vytváření dovedností a návyků (rehabilitační tř.)	velmi omezené (individuální)

2.3.3 Příčiny

Příčiny mentálního postižení bývají rozdělovány dle různých klíčů. Můžeme hovořit o příčinách endogenních a exogenních, o mentální retardaci vrozené či získané, o vlivech prenatálních, perinatálních nebo postnatálních.

Mozek velmi komplexní orgán. Jeho vývoj je složitý a je do něj zapojen velký počet genů. Následkem toho je i mnoho případů mentální retardace v důsledku genetických poruch. To se týká nejvíce případů velmi těžké a těžké mentální retardace. Uvádí se, že až 60 procent příčin těžké mentální retardace je genetických. Lidé s mírnější mentální retardací (definovanou jako IQ mezi 50 až 70-75) pravděpodobně nejsou postiženi vlivem své genetické konstituce jako lidé s velmi těžkou retardací. Tito lidé mají mnohem spíše svůj stav zaviněn vlivy prostředí, jako výživy, osobními zdravotními zvyklostmi, socioekonomickou úrovní, možnostmi přístupu k zdravotní péči, expozicí znečištěnému prostředí a chemickým látkám, než že by svůj stav získali geneticky. Dvě nejběžnější geneticky předávané formy mentální retardace jsou Downův syndrom (chromosomální porucha) a syndrom křehkého X - porucha jednoho genu. (<http://www.spmmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129140>)

2.3.4 Kognitivní funkce

Kognitivní funkce jsou jednou z hlavních oblastí lidské psychiky, jejich centra jsou uložena v různých částech mozku. Prostřednictvím kognitivních funkcí člověk vnímá svět kolem sebe, jedná, reaguje, zvládá různé úkoly. Myšlenkové procesy dávají člověku možnost učení, zapamatování, přizpůsobování se neustále se měnícím podmínkám okolního prostředí. Kognitivní funkce rovněž zahrnují kromě paměti i koncentraci, pozornost, řečové funkce, rychlost myšlení, schopnost pochopení informací. K funkcím exekutivním patří schopnost posuzování a řešení problémů, plánování, organizování.

Vnímání

Obsahem bezprostředního vnímání, jsou počítky (odráží jednotlivé znaky podnětu), vjemy (odráží podnět jako celek) či představy (stopy dříve vnímaných podnětů). Například:

- zpomalenost a snížený rozsah zralého vnímání, nevidí globálně, nepochopí perspektivu, překrývá kontur a nerozlišuje polostíny

- nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev, diskriminace figury a pozadí
- nedostatečnost prostorového vnímání
- snížená citlivost hmatových vjemů
- špatná koordinace pohybu

(Valenta, Krejčířová, 1997).

Lidé s mentálním postižením mohou mít problém dobře vnímat a rozeznat rizikové situace a následně správně vyhodnotit. S rizikem se intaktní společnost setkává v každodenních situacích. Každý z nás vnímá a hodnotí riziko různě. Lidé s mentálním postižením mohou být více ohroženi v rizikových situacích, protože mají problém s racionálním posouzením rizika (Sobek a kol., 2010).

Tabulka č. 3: Škála hlavních kritérií (Kruliš, 2011)

Proces/faktor	
Zvyšuje nebo může zvyšovat rizika	PŘÍMO nebo pouze potencováním existujících rizik, resp. rizikových procesů (přispíváním k jejich rizikovému potenciálu)
	SAMOSTATNĚ nebo pouze v interakci s dalšími faktory a riziky
	PERMANENTNĚ nebo pouze podmíněně – zdrojem rizik se může stát jen při nepříznivé konstelaci jiných procesů, faktorů, rizik a dalších okolností
Může nebo nemůže být	KRITICKÝM rizikovým procesem/faktorem
	KOMPENZOVÁN jinými procesy a faktory (redukován, nikoliv nutně zcela eliminován)

Klasifikační škály slouží k „oznámkování procesů a faktorů jednak podle jejich potenciální závažnosti (vlivu), jednak podle konkrétního aktuálního stavu z hlediska rizika vzniku poruch, nehod, selhání procesů, nesplnění cílů, zhoršení kvalitativních nebo kvantitativních parametrů výstupů, zhoršení ekonomických ukazatelů, neúspěšných procesů změn, ohrožení okolí apod. Jednotlivé procesy a faktory jsou zařazovány do klasifikačních stupňů v rozpětí od 0 do 10:

0 – procesy a faktory s nulovou (zanedbatelnou) rizikovostí nebo u nichž selhání s negativními důsledky nepřipadá v úvahu.

10 – procesy a faktory s kritickou rizikovostí. (Sobek, 2009)

Pozornost

Pozornost bývá krátkodobá, s povrchnějším charakterem. Rozsah sledovaného pole je nízký, snižuje se schopnost rozdělit pozornost na více činností. Mentálně postižení jsou neustále a snadno unavitelní. Udržení pozornosti závisí na hloubce retardace a časové křivce dne. Záměrná pozornost postiženého jedince trvá maximálně 15 – 20 minut. Potom musí následovat relaxace. (Valenta, Krejčířová, 1997)

Myšlení

Valenta, Krejčířová (1997) konstatují, že myšlení je druhosignální funkcí a v souvislosti s myšlením hovoříme o poznání zobecněném zprostředkovaném, jehož nástrojem je řeč. Myšlení mentálně postižených se vyznačuje stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení (Vágnerová, 1999).

Lidé s mentálním postižením zauímají k problémům pasivní postoj. Jejich omezenou flexibilitu je nutno respektovat neboť zvýšené nároky by působily jako stresový faktor.

Kognitivní funkce jsou z hlediska výchovy a vzdělávání zcela zásadní. Poznávací procesy u mentálně retardovaných však můžeme charakterizovat preferencí podnětového stereotypu a omezenější potřebou zvědavosti (Vágnerová, 1999).

Předpokládá se, že hodnota jedince je nadřazena všemu ostatnímu, a proto si jedinec kromě péče zasluhuje i úctu, důstojnost a možnost vyjádřit svou individualitu. Jedinec se může rozhodnout, zda využije potenciál k určování svých cílů, zda jich bude dosahovat nebo bude jen „přežívat“. V rámci případové sociální práce tak stavíme na síle člověka, pomáháme mu orientovat se v dané situaci a vyhodnocovat alternativy řešení, jak zvládnout krizovou situaci. Podporujeme to zdravé, co v člověku je, a komunikujeme s tímto zdravým aspektem osobnosti klienta. Je tak důležité být v kontaktu s jeho vnitřní silou a schopnostmi, nikoli s bezmocí a bezradností. (Havránková in Matoušek a kol., 2003)

2.3.5 Práva jedinců s mentálním postižením

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní

materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pocíťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. (Švarcová, 2000)

2.4 Ústavní péče

Současná společnost zaujímá k problematice ústavní péče obvykle dva protichůdné postoje.

Jedni ústavní péči zavrhnou jako celek a její odpůrci jsou pro úplné zrušení zejména velkých ústavů. Druzí prezentují ústavní péči jako bezproblémovou oblast, idealizují současný stav a nevidí důvody k větším změnám. Pravda se, jak to již bývá, pohybuje někde na půl cesty.

Současná společnost usiluje o to, aby mohli jedinci s MP, svůj život prožít doma v rodinném prostředí, co nejpřirozeněji, stejně jako jejich zdraví sourozenci. Každý člověk by měl poznat lásku, péči a starost svých rodičů a svých nejbližších. Rodinu nikdy nemůže plně nahradit sebelepší kolektivní zařízení. Co by se však zajistit mělo, je plnohodnotný, dobrý a spokojený náhradní domov. Ideální variantou by bylo, kdyby všichni lidé s mentální retardací mohli svůj život prožít v rodinném prostředí, kde by se o ně dokázali dobře postarat a byla jim poskytnuta potřebná péče, výchování a připravili je společně se speciální školou v rámci individuálních možností na běžný život. Rodinám s dítětem s mentálním postižením ulehčuje v posledních letech přibývajícím počet alternativních zařízení pro děti s mentálním postižením. Ať už se jedná o denní stacionáře, speciální školství, poradenství atd. Stává se často, že rodina nezvládá péči o dítě s mentálním postižením, ať už z důvodů psychických, fyzických, či jiných. V těchto situacích se dítě stává klientem ústavu sociální péče. Někdy po těžkém rozhodování rodičů. Ústavy tu jsou, aby sloužily a pomáhaly všem klientům, kteří nemohou z jakýchkoliv důvodů pobývat v rodinném prostředí. Proto by se ústavy měly snažit co nejvíce přiblížit život svých klientů normálnímu životu. Jejich život má také právo být naplněn smysluplným žitím. (https://is.muni.cz/th/200065/pdf_b/2_cast.pdf)

2.4.1 Definice

Ústavní péče plní několik základních funkcí

- 1) Podpora a péče
- 2) Léčba, výchova a resocializace
- 3) Omezení, vyloučení represe

Ad 1) Tato funkce je v popředí zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu (kojenecké ústav, dětské domovy), ústavech pro svobodné matky s dětmi, v zařízeních pro těžce mentálně nebo fyzicky handicapované, v domovech pro bezdomovce, domovech důchodců, v utečeneckých táborech. V takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Neexistence takových zařízení by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.

Ad 2) Tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež, v zařízeních pro propuštěné vězně. Společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu. Předpokládá se, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj přišel.

Ad 3) S touto funkcí se můžeme setkat zejména ve věznicích, v psychiatrických zařízeních se nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Společnost je chráněna před kriminálními osobami, uprchlíky, psychotiky, kteří vytváří možné nebezpečí pro svoje okolí.

(Matoušková, 1995)

2.4.2 Klasifikace

Ve většině ústavů dochází ke změnám zaběhnutých pravidel a stylů práce, hledají se nové cesty a směry péče. Hovoří se o třech základních trendech v ústavní péči:

- 1) humanizace,
- 2) normalizace,
- 3) integrace.

Humanizace znamená přijmout rovnocennost postižených občanů, poskytnout jim rovnocenné šance pro život. (Králová, Rážová, 2001)

Normalizací rozumíme, snahu o to, aby i postižení mohli žít v co největší míře normálním = běžným životem, jako jejich nepostižení vrstevníci, a to i v rámci ústavní péče. Integrace znamená překonání umělé a nepřírozené segregace lidí s mentálním postižením od světa nepostižených. (Matoušková, 1995)

Klasifikace ústavů sociální péče dle vyhlášky č.182/91 Sb.

1) Klasifikace z hlediska věku

- Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením
- Ústavy pro mentálně postiženou mládež

- Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
- Ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením

Jak už jsme se zmínili dříve, současným trendem je, aby děti a mládež zůstali ve svém zařízení i po překročení hranice 26-ti let. Tímto se zamezí často emočně krutému přesunu z místa, které jim léta nahrazovalo rodinu. Do ústavů pro mentálně postižené se často přijímají lidé s mentálním postižením, kteří mají zároveň závažné tělesné postižení či smyslovou vadu.

Ústavy pro dospělé občany s přidruženým mentálním postižením jsou určeny pro občany, kteří ukončili povinnou školní docházku a vedle vady tělesné mají i lehké mentální postižení.

2) Klasifikace z hlediska pohlaví

- Ústavy sociální péče pro dívky a chlapce
- Ústavy sociální péče pro chlapce a muže
- Ústavy sociální péče smíšené

V současné době se zřizují převážně ústavy smíšené, lépe nahrazují přirozené rodinné prostředí. Zároveň tak vzniká přirozená možnost partnerských vztahů mezi dospělými, vazby mezi staršími a mladšími, tak jak je to běžné v normální populaci.

3) Klasifikace dle délky pobytu

- Ústavy sociální péče s denním pobytem
- Ústavy sociální péče s týdenním pobytem
- Ústavy sociální péče s celoročním pobytem

(Matoušková, 1995)

Ústavy sociální péče s denním pobytem jsou obvykle nazývány denní stacionáře. Jsou významnou pomocí rodičům, kteří mohou navštěvovat zaměstnání. Ráno je dítě odvedeno do stacionáře. Tam je mu během dne poskytnuta komplexní denní péče, zahrnuje výchovně vzdělávací, rehabilitační a zdravotní péči, kulturně zájmovou činnost. Ústavy sociální péče s týdenním pobytem zajišťují klienty od pondělí do pátku, víkendy tráví v rodinném prostředí.

Pozitivem těchto forem je, že člověk neztrácí blízký kontakt se svojí rodinnou a rodinným prostředím. (Králová, Rážová, 2001)

4) Ústavy sociální péče lze dělit z hlediska velikosti

- Malé (rodinné)
- Velké

V současnosti je snaha zřizovat menší rodinná zařízení. Jsou tu lepší podmínky k udržování přátelských vztahů mezi klienty i personálem. Menší kolektiv se více připodobňuje rodinnému prostředí než velký, organizačně náročný kolos. Ale není primární velikost ústavu, ale celková atmosféra a podmínky, které jsou tu pro mentálně postižené vytvořeny. Ústavy sociální péče by měly vyvářet klidnou pohodovou atmosféru, poskytovat zázemí, porozumění a v co největší míře mentálně postiženým umožňovat prožít plnohodnotný život. (Mühlpachr, 2001)

Ústav sociální péče pro mentálně postižené

Dle § 65 vyhlášky č. 182/1991 Sb. jsou tyto ústavy určeny dětem a mládeži s mentálním postižením, a to ve věku od 3 do 26 let věku. Tato hranice je určena pouze orientačně. V ústavech soc. péče mohou být zřizována oddělení pro starší klienty nebo je ústav zřízen již jako společný ústav pro mládež i dospělé občany. (Králová, Rážová, 2001)

Do těchto ústavů nelze přijímat děti a mládež, u kterých je mentální defekt způsoben výchovnou zanedbaností nebo u kterých dochází k akutním projevům psychických poruch ohrožujících okolí. Přijímány jsou rovněž děti, které jsou kromě mentální retardace postižené dalšími vadami (tělesnými, smyslovými atd.). V ústavech sociální péče pro děti a mládež se poskytuje zejména bydlení, zaopatření, osobní vybavení, zdravotní péče, rehabilitace a kulturní a rekreační péče. Dále se klientům těchto ústavů poskytuje výchova, vzdělání a příprava na povolání s ohledem na druh ústavu. Těm svěřencům, jejichž nepříznivý zdravotní stav omezuje převážně nebo úplně jejich schopnost sebeobsluhy, je poskytována náročná ošetrovatelská péče. Ústavní péče se poskytuje formou celoročního, týdenního, denního nebo přechodného pobytu v ústavu. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl. Má být sférou jistoty a to i v těch případech, kdy byl vybudován proto, aby chránil společnost, nikoliv ty, kteří v něm přebývají. (Matoušková, 1995)

2.4.3 Rizika ústavní péče

Ústavní péče má nezanedbatelná rizika pro svoje klienty, která jsou dlouho známa a krátce pojmenovávána. Tato rizika se liší podle toho, ve kterém věku a v jaké životní

situaci se klient do ústavní péče dostal. Mezi nejvýznamnější a nejčastější zařazujeme tyto:

- 1) hospitalismus
- 2) zhoršení komunikace
- 3) ponorková nemoc
- 4) chybění druhého pohlaví
- 5) šikanování
- 6) ztráta soukromí

(Mühlpachr, 2001)

Ad 1) Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní přirozený život. V ústavu má klient plné zaopatření, většina jeho zejména biologických potřeb je saturována. O to těžší je adaptace na přirozené prostředí. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel a nepočetným týmem profesionálů. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. Je pro něho snazší orientovat se v ústavním redukovaném světě, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě. Ztrácí schopnost orientace v přirozeném, pro něj složitém vnějším světě. (Mühlpachr, 2001)

Ad 2) Redukce nároků a omezení podnětů mají dobře známé, mnohokrát popsané následky: ztrácející se zájem o lidi a svět, zhoršení komunikace, návrat do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, spavost apod. Ústavy zřízené proto, aby kontrolovaly chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizovány tak, že se do nich dostávají lidé stejného pohlaví. Velké, uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou velmi často k žádoucímu korigování individuálního chování. Ztrácí se individualita jedince, jeho potřeby jsou redukovány na základní biologické, na ostatní je brán menší zřetel. (Mühlpachr, 2001)

Ad 3) V uzavřených ústavech snadno vzniká tzv. ponorková nemoc, popisovaná původně u osádek lodí na dalekých plavbách. Stereotyp, z něhož není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní. Stávají se introverty, klesá jejich otevřenost, vstřícnost. Skupina postižená ponorkovou nemocí může některého svého člena i vyobcovat. Ten je sice fyzicky přítomen, ale ostatními ostentativně ignorován, takže upadá do deprese a pokusy

o kontakt postupně vzdává. Prostředím, kde ponorková nemoc vznikne snadno a rychle, jsou vězeňské cely. (Mühlpachr, 2001)

Ad 4) Je pravděpodobné, že interakce mezi klienty bude jejich osobní problémy spíše násobit. Další nevýhodou je nepřítomnost opačného pohlaví. Klienti ústavů nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích. U dospělých tato ústavní homosexualita v mnohých případech mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. Psychologický výzkum ukázal, že pro rozvinutí přiměřené mužské resp. ženské role jsou klíčové dvě zkušenosti: zkušenost rodičovského pečování a zkušenost sexuálního experimentování v pubertálním období. Erotické vztahy vznikají i mezi klienty. Jedná se jak o pseudohomosexuální dvojice, tak o heterosexuální kontakty v zařízeních pro klienty obou pohlaví. (Mühlpachr, 2001)

Ad 5) Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro šikanování. Násilí se může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Největší autoritu mají nejagresivnější chovanci. Věznice a výchovné ústavy pro mládež mají tendenci vytvářet zvláštní subkulturu, v níž jsou násilné činy posuzovány zcela odlišně, než jak je posuzuje občanská společnost a soudy. Osoby, jež se dopustily vražd a vážných násilných trestných činů se v takové subkultuře těší obdivu, na nejnižších sociálních pozicích jsou sexuální devianti, zejména pedofilové. Termín šikanování se užívá k označení násilného chování vůči klientům. Ve všech dobách a ve všech zemích i personál ústavů zneužíval své moci nad klienty k jejich nepřiměřenému trestání, ponižování. Riziko je nejvyšší v těch ústavech, kde jsou klienty malé děti, lidé mentálně retardovaní, nemocní, staří. Klienti mohou být zneužíváni i sexuálně, zvláště v ústavech pro mládež. Šikanování zahrnuje jak fyzické, tak psychické týrání. (Mühlpachr, 2001)

Ad 6) Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu. Některé instituce (dětské domovy, vesničky SOS) omezují soukromí minimálně. Represivní ústavy provádí degradační rituál, kdy se klient podrobí přijímací proceduře, při které je připraven o svoje šaty, osobní věci, je mu přidělen stejnokroj, postel, místnosti, které nemůže užívat ani podle svého přání. (Mühlpachr, 2001)

Kombinací právě vypočtených nepříznivých vlivů se ústavní pobyt může stát vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Typickým následkem je pak neochota a neschopnost stýkat se s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Postižený

se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností. I v neústavním světě se tak vytvářejí society ústavního světa bývalých klientů či obyvatel. (Matoušková, 1995)

Cílem poskytovatelů sociálních služeb je, aby člověk s mentálním postižením nebyl v situaci ohrožen více než intaktní populace. V České republice bohužel převažuje tendence zasahovat do rozhodování lidí s mentálním postižením, což v mnoha případech je spíše kontraproduktivní (Sobek a kol., 2009).

2.4.4 Charakteristika vybraného zařízení

Jak jsem již naznačila v úvodu, vybrala jsem si pro svou diplomovou práci zařízení Domov se zvláštním režimem v Terezíně (dále jen DZR Terezín), kde jsem dříve čtyři roky působila jako vedoucí na oddělení pro mentálně postižené.

Domov se zvláštním režimem Terezín, se nachází v budově, která je nejstarší ve městě a byla postavena v letech 1780 - 1781. Impuls ke stavbě pevnostního města dal císař Josef II. a pojmenoval ho na počest své matky, královny a císařovny Marie Terezie. Hlavní město Praha zde v roce 1954 zřídilo domov důchodců. Hlavní město Praha, s nástupem nového vedení, zahájilo v devadesátých letech postupnou rekonstrukci celého objektu. Modernizací prošly pokoje, které byly přebudovány na jednolůžkové, dvoulůžkové a třílůžkové. Byl vybudován stravovací úsek včetně nové kuchyně, jídelny, prádelny, kotelny a dílny pro různé činnosti např. keramická dílna, truhlářská dílna, muzikoterapie, knihovna, tělocvična atd.

Na základě zřizovací listiny poskytujeme pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytujeme celoroční sociální služby pro 269 klientů.

Výhodou tohoto zařízení je, že umožňuje bydlení, stravování, zprostředkování lékařské péče, rehabilitaci, sociální služby, individuální péči a aktivní využití volného času i pro partnerské dvojice.

Výběr - nakládání s volným časem, zapojení do nabízených aktivit; výběr kamarádů, oblečení, zaměstnání, lékaře, dovolené, hospodaření s financemi, jídlo - výběr přílohy; koníčky, zařízení pokoje (po dohodě se zařízením), zamykání pokoje, možnost bydlení mimo zařízení

Dobrovolnost a nezávislost - klienti využívají nabízených služeb a aktivit na základě svého rozhodnutí a v souladu se svými zájmy a potřebami. Nabízené služby využívají klienti dle svých potřeb. Pracovníci domova respektují vlastní rozhodnutí klienta ohledně řešení jeho situace.

Rovnost - službu DZR poskytuje cílové skupině bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického a jiného přesvědčení, příslušnosti k národnosti nebo etnické menšině, nebo jiného postavení.

Respektování základních hodnot - pomoc lidem, kteří jsou v nouzi, jsou vylučováni a nepřijímáni většinovou společností, kteří svým chováním či způsobem života vzbuzují v ostatních lidech odmítnutí. Zachování důstojnosti každého klienta, jeho individuality a dosavadních hodnot jeho života. Všichni pracovníci se řídí kodexem pracovníků Domova.

Dlouhodobými cíli DZR Terezín jsou:

- zajistit a respektovat bezpečné psychosociální zázemí
- nabídnout zázemí pro smysluplné využití volného času
- zprostředkovat další služby a kontakty
- poskytnout informace, odbornou pomoc a podporu
- vyrovnat příležitosti a odbourat komunikační bariéry
- odborně pomáhat v soběstačnosti, efektivní komunikaci, odpovědnosti, učení, spolupráce, respektu a dalších morálních hodnot

3. Praktická část

3.1 Cíle

Cílem je zkoumat fenomén podstupování rizik a jeho význam v rámci procesu empowermentu osob s mentálním postižením v sociálních službách.

Úkoly práce:

- 1) Sestavení vhodného dotazníku pro respondenty
- 2) Zajištění a realizace dotazování v DZR Terezín
- 3) Zpracování získaných dat ke vztahu k dílčím úkonům
- 4) Stanovení závěrů

3.2 Vědecké otázky

Vědecké otázky odpovídají výzkumnému problému této práce. Pomocí písemného i verbálního dotazování byly zjišťovány postoje zaměstnanců DZR Terezín k podstupování potenciálně rizikových situací jedinci s mentálním postižením, aby na základě odpovědi byly zodpovězeny následující vědecké otázky:

- 1) Jaké formy potenciálně rizikových situací mají jedinci s mentálním postižením možnost podstupovat v DZR Terezín?
- 2) Jaké situace s potenciálním rizikem považují dotazovaní zaměstnanci za vhodné u jedinců s mentálním postižením?
- 3) Lze na základě zvolených metod potvrdit, že dotazovaní zaměstnanci považují podstupování situací s potenciálním rizikem užitečné a pozitivní v procesu empowermentu u jedinců s mentálním postižením?
- 4) Lze na základě zvolených metod usuzovat na míru profesionální sebejistoty pracovníků sociálních služeb v situacích, kdy mají rozhodovat o umožnění podstupování potenciálních rizik klientů s mentálním postižením?

Výzkumné otázky vycházejí z obecného určení cíle výzkumu, který převádějí do konkrétnější podoby. Udávají mu směr, poskytují rámec pro vytvoření závěrečné zprávy. Obvykle formulujeme jednu zastřešující výzkumnou otázku, ke které lze stanovit dílčí výzkumné otázky. (Chráška, 2006)

3.3 Metody výzkumu

Jedná se o práci empiricko-teoretického charakteru. Empirický výzkum je metoda poznávání, charakterizovaná systematickým zkoumáním a studiem s cílem zjištění faktů a formulování závěrů. Empirický výzkum se zakládá na pozorování nebo experimentování, pokusech, pracuje s empirickými důkazy. Podle Reichla (2009) empirický výzkum operuje s konkrétními údaji o jevech a procesech sociální skutečnosti, s informacemi získanými prostřednictvím určitých metod výzkumu a technik sběru dat. Empirický výzkum je také způsob, jak získat informace pomocí přímých pozorování a zkušeností. Takto získané vědecké důkazy mohou být analyzovány dvěma způsoby:

- Kvalitativně (zkoumat fenomén, podrobné situace)
- Kvantitativně (standardizované pozorování)

V práci byly zvoleny kvalitativní metody výzkumu.

Kvalitativní výzkum:

- Numerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.
- vymezen také takto: „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.*“ (Hendl, 2008)
- vyžaduje delší a intenzivní kontakt s terénem
- snaha výzkumníka získat integrovaný pohled na předmět studie
- použití málo standardizovaných metod získávání dat
- hlavním cílem je objasnit, jak se lidé v dané situaci dobírají svých záležitostí, proč jednají daným způsobem a jak organizují své každodenní aktivity a interakce
- **induktivní** analýza a interpretace dat
- mnoho informací o velmi malém počtu jedinců
- silná redukce počtu sledovaných jedinců
- generalizace na populaci je problematická a někdy i nemožná
- cíl: porozumění
- **výhody:** podrobný popis a vhled zkoumaného, zkoumání v přirozeném prostředí, dobře reaguje na místní situace a podmínky, hledá lokální příčinné souvislosti

- **nevýhody:** získaná data těžko zobecnitelná na celou populaci, těžko se provádí predikce, obtížnost testování teorií a hypotéz, časově náročné, subjektivita výsledků (ovlivnění výzkumníkem)

(http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=KISK:Metodologie_pro_informa%C4%8Dn%C3%AD_studia_a_knihovnictv%C3%AD#empirick.C3.BD_v.C3.BDzkum_a_jeho_definice)

3.4 Metody sběru dat

V diplomové práci byl využit dotazník pro zjišťování názorů a postojů pracovníků sociálních služeb (Lepešková, 2013). Dotazníky byly rozdány zaměstnancům DZR Terezín přes kontaktní osobu. Anonymita při vyplňování dotazníků byla zachována a zpět se opět vracely přes kontaktní osobu. Dotazníky byly zaměstnancům rozdány na začátku listopadu. Kvůli směnovému pracovnímu provozu nebylo jednoduché dát dotazník k dispozici většině pracovníků. Dotazníky tedy nakonec vyplnilo 22 respondentů.

Tabulka č. 4: Charakteristika místa a počet respondentů

Typ sociální služby	Kraj (okres)	Počet respondentů (%)
Domov se zvláštním režimem	Ústecký (Litoměřice)	22 (100%)

3.4.1 Rozhovor

Metoda rozhovoru (interview) je založena na přímém dotazování, tedy na verbální komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem nebo s více respondenty. Způsoby užití této metody rozlišujeme podle několika kritérií. Podle počtu osob, které se rozhovoru účastní, rozlišujeme rozhovory individuální (výzkumný pracovník pracuje jenom s jednou osobou) a rozhovory skupinové (např. besedy s rodiči o jejich zkušenostech z integrace zdravotně postižených žáků), kdy se účastníci vzájemně inspirují, doplňují, vyjadřují analogické zkušenosti nebo rozdílné názory, z nichž se často dozvíme více, než při rozhovorech individuálních. Získané poznatky je však těžší zpracovat, protože někdy mluví více lidí najednou, skáčou si do řeči apod. Podle struktury otázek se rozlišuje rozhovory:

- 1) standardizovaný (strukturovaný),
- 2) polostandardizovaný,

3) nestandardizovaný (nestrukturovaný).

(Švarcová, 2005)

Standardizovaný rozhovor probíhá podle otázek, jejichž znění a pořadí jsou přesně určeny a alternativy odpovědí jsou předem připraveny (je to vlastně dotazník zadávaný ústní formou). Jeho výsledky jsou snáze zpracovatelné, ale míra poznatků je poměrně nízká.

Polostandardizovaný rozhovor rovněž nabízí respondentovi alternativní odpovědi, ale výzkumník klade doplňující a upřesňující otázky. (Švarcová, 2005)

Nestandardizovaný rozhovor probíhá pružněji. I zde si výzkumný pracovník musí připravit základní okruhy otázek, které bude klást, ale jejich obsah, pořadí a formulace závisí na tazateli, který se přitom nemusí přidržovat žádného schématu. Požadavky vztahující se k efektivitě této metody jsou shodné s metodou dotazníku. Základním požadavkem je formulovat otázky tak, aby ověřovaly hypotézu výzkumu, že nejde o pouhé sbírání faktů nebo názorů lidí na určité jevy. Příprava rozhovoru by měla obsahovat tyto činnosti:

- jasné vymezení problému,
- určení vzorku respondentů,
- volbu typu rozhovoru a stanovení jeho plánu,
- formulaci otázek (okruhů),
- prověření a zpřesnění otázek v předvýzkumu

Doporučuje se začínat rozhovor obecnými otázkami, které uvedou respondenta do okruhu problematiky, postupně přecházet k otázkám speciálním, teprve uprostřed rozhovoru klást hlavní otázky, které jsou předmětem zkoumání; končí se otázkami osobní povahy, jejichž zodpovězení vyžaduje vzájemnou důvěru. (Švarcová, 2005)

Způsoby transkripce rozhovoru:

- **Doslovná** – doslovně zaznamenáváme mluvený projev informátora, včetně výrazů nespisovných, slangových, gramaticky chybných, přerázků apod.
- **Komentovaná** – na rozdíl od přepisu doslovného zaznamenáváme i nonverbální projevy dotazovaného (odmlky, intonaci, úsměv, zarmoucenost apod.). K zaznamenávání neverbálního chování dotazovaného může sloužit zvláštní paralelní sloupec vedle hlavního sloupce s doslovným přepisem mluveného slova.

- **Redigovaná** – výpovědi upravíme do srozumitelnější a čtivější podoby. Přeložíme tedy některé slangové či nářeční výrazy, nepřepisujeme přechytlivky apod. Text můžeme stylisticky upravit. Zaznamenáváme jen zásadní nonverbální projevy (výbuch, smích, pláč apod.).
- **Shrnující protokol** – doslovně zachovány necháme jen klíčové pasáže, ostatní části rozhovoru zestručníme. Vždy ale ta, aby zůstal zachován původní smysl sdělení.
- **Selektivní protokol** – přepisujeme pouze pasáže relevantní z hlediska zaměření výzkumu. Zbylou část interview vůbec nepřepisujeme.

(cvut.mapovyportal.cz/kvalitativni%20metody.ppt)

3.4.2 Dotazník

Dotazník je snad nejpoužívanější pedagogickou výzkumnou technikou vůbec. Není specificky pouze pedagogickou technikou, ale je používán i v sociologických, demografických, psychologických a dalších šetřeních, zabývajících se člověkem. Podstatou dotazníku je zjištění dat a informací o respondentovi, ale i jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. Na rozdíl od některých jiných technik je používána forma písemných odpovědí na položené otázky. Nespornou předností dotazníku je snadnost administrace. Dotazníkem lze současně a stejnou formou, což je pro zpracování důležité, oslovit i velký počet respondentů. Je možné od nich dostat informace, které nejsme schopni získat jinou technikou, zejména pokud jde o stanoviska, názory nebo postoje dotazovaných osob. *Negativní stránka dotazníku* souvisí s obecnými problémy explorativních technik. Do jisté míry lze negativní stránky dotazníku aspoň částečně paralyzovat. Závisí to jednak na konstrukci celého dotazníku a přesné formulaci samotných otázek. (Pelikán, 2011)

Aby dotazník splnil svá očekávání a vyvaroval se chybných odpovědí, je velmi důležité zvolit správnou formu a dodržovat základní pravidla jako jsou:

- srozumitelnost
- přehlednost
- jednoduchost vyplňování
- jazykovou korektnost
- typografická úprava
- grafická úprava

Dále si musíme definovat zjistitelný a reálný cíl průzkumu, od kterého se bude celý náš dotazník odvíjet. Na začátek by měly být umístěny zajímavé otázky, které upoutají pozornost a neodradí respondenta od dalšího čtení. Pokud jsme již respondenta upoutali, můžeme přejít ke stěžejním otázkám a ke konci pak uvedeme otázky méně důležité, protože konečným otázkám již nebude kladena tak velká pozornost. Protože je prokázáno, že více jak 20 otázek již dotazovanou osobu často odradí od vyplňování, budeme se snažit držet pod tímto počtem otázek a také dodržíme časový limit vyplňování pod hranicí 10 min. (<http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>)

Je nutné taky nějak motivovat dotazované osoby k vyplnění dotazníku, neboť čas nás všech je velmi cenným. Toho lze dosáhnout několika způsoby, jako jsou například peníze, dárky, různé výhody, ale také můžeme apelovat na důležitost názoru našeho respondenta, či na dobrou věc pro zlepšení svého okolí. (Pelikán, 2011)

Na začátku každého dotazníku by měl být stručný úvod, který dotazovanou osobu seznámí s významem a smyslem dotazníku. Případně krátký návod. Nesmíme ale také zapomenout na slušné oslovení a požádání k vyplnění. Případně uvedeme nějakou motivaci, kterou náš dotazník doprovází. Je také dobré uvést délku vyplňování a na konci poděkovat za čas, který nám respondent věnoval. (<http://www.dotaznik-online.cz/motivace-vyplneni.htm>)

▪ **Otevřené otázky**

Tímto typem otázek umožňujeme dotazované osobě se vyjádřit vlastními slovy. Výhodou těchto otázek je především získání odpovědi, kterou tvůrce dotazníku nemusela napadnout a podněcuje k hlubšímu zamyšlení nad tématem. Velkou nevýhodou je ale obtížné zpracování. (<http://www.dotaznik-online.cz/otevrene-otazky.htm>)

▪ **Uzavřené otázky**

Tyto otázky nabízejí vždy několik předem daných variant odpovědí, ze kterých si dotazovaná osoba vybírá jednu nebo více odpovědí. Výhodou těchto otázek je jednoduché vyplnění a zpracování odpovědí a směřování respondenta na to, co nás přesně zajímá. Nevýhodou je, že odpovědi nemusí přesně vystihnout názor respondenta a vytvoření těchto otázek a odpovědí je velmi složité. Oba typy otázek lze kombinovat, tento typ otázek nazýváme polootevřený. (<http://www.dotaznik-online.cz/uzavrene-otazky.htm>)

Po dokončení dotazníku by mělo dojít k jeho testování minimálně samotným tvůrcem nebo optimálně malou skupinkou testovacích osob, které nám mohou dát zpětnou vazbu na dotazník ještě v době, kdy je možné dotazník upravovat. (<http://www.dotaznik-online.cz.htm>)

4. Výsledky

4.1 Vyhodnocení dotazníku

Základní údaje o účastníkovi dotazování:

- **Pohlaví**

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti. Všechny dotazované byly ženy. Jak jsem již zmiňovala, mužů v DZR Terezín pracuje pouhých 6, v zařazení pracovník v sociálních službách. Respondentky v rozhovoru uvedly, že pokud je na oddělení alespoň jeden muž, jde mnoho věcí velmi snáz. (manipulace s klienty – přesun na vozík, do vany, na lůžko apod.). Některé z respondentek uvedly, že řada klientů reaguje na muže lépe než na ženy.

- **Věk**

Viz tabulka číslo 5. na straně 55; tři respondenti neodpověděli na tuto otázku. Vypočtením směrodatné odchylky nám vyšlo, že ve věku není žádný velký rozdíl, zaměstnanci DZR jsou věkově vyrovnáni.

Průměr věku respondentů (\bar{x}) = 46

Průměr z čtverců odchylky $(x-\bar{x})^2 = 182$

Směrodatná odchylka (σ) = 13

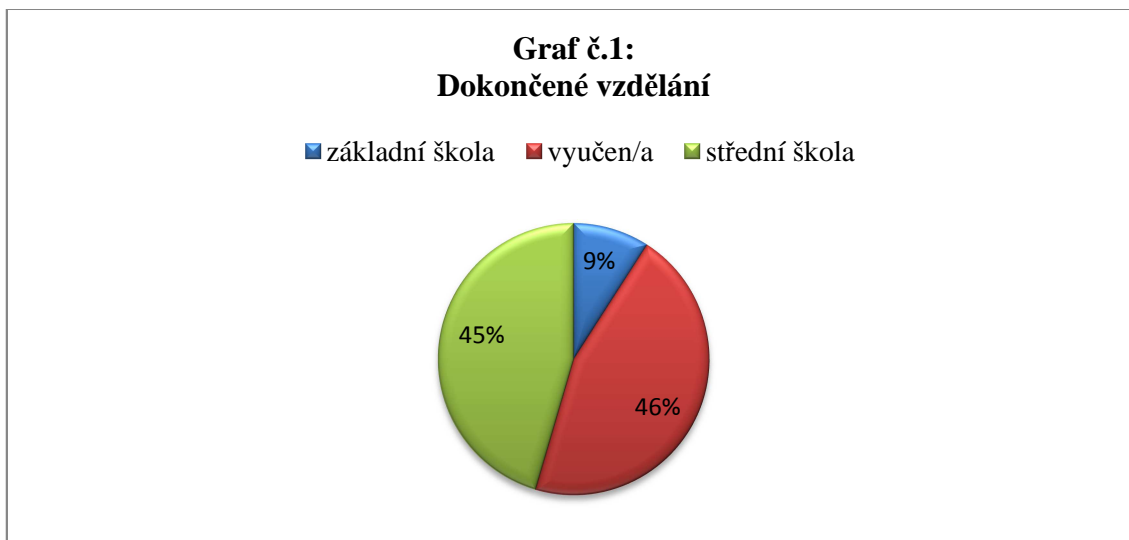
Směrodatná odchylka nám vyšla v malém čísle. Číslo 13 nám tedy říká, že respondenti mají podobný věk.

Tabulka č. 5: Směrodatná odchylka věku respondentů

	Respondent	Věk (x)	Odchylka od průměru (x- \bar{x})	Čtverec odchylek (x- \bar{x}) ²
	R1	60	14	196
	R2	<i>neuveden</i>	n/a	n/a
	R3	57	11	121
	R4	26	-20	400
	R5	24	-22	484
	R6	<i>neuveden</i>	n/a	n/a
	R7	52	6	36
	R8	62	16	256
	R9	28	-18	324
	R10	48	2	4
	R11	<i>neuveden</i>	n/a	n/a
	R12	63	17	289
	R13	59	13	169
	R14	41	-5	25
	R15	41	-5	25
	R16	55	9	81
	R17	57	11	121
	R18	61	15	225
	R19	41	-5	25
	R20	34	-12	144
	R21	46	0	0
	R22	23	-23	529
Σ	22 (19)	878	4	3454

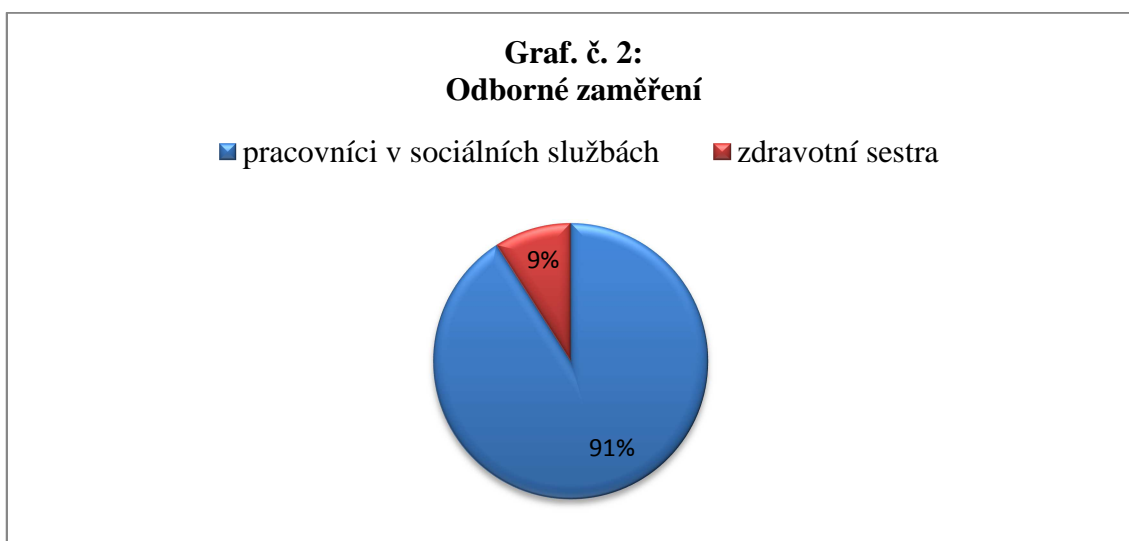
▪ **Dokončené vzdělání**

Při dotazování na nejvyšší stupeň vzdělání, odpovědělo 22 (100 %) respondentů. Z toho (2) 9% mají ukončenou základní školu, (11) 46 % z nich je vyučeno a (10) 45 % má složenou maturitní zkoušku.



▪ **Odborné zaměření**

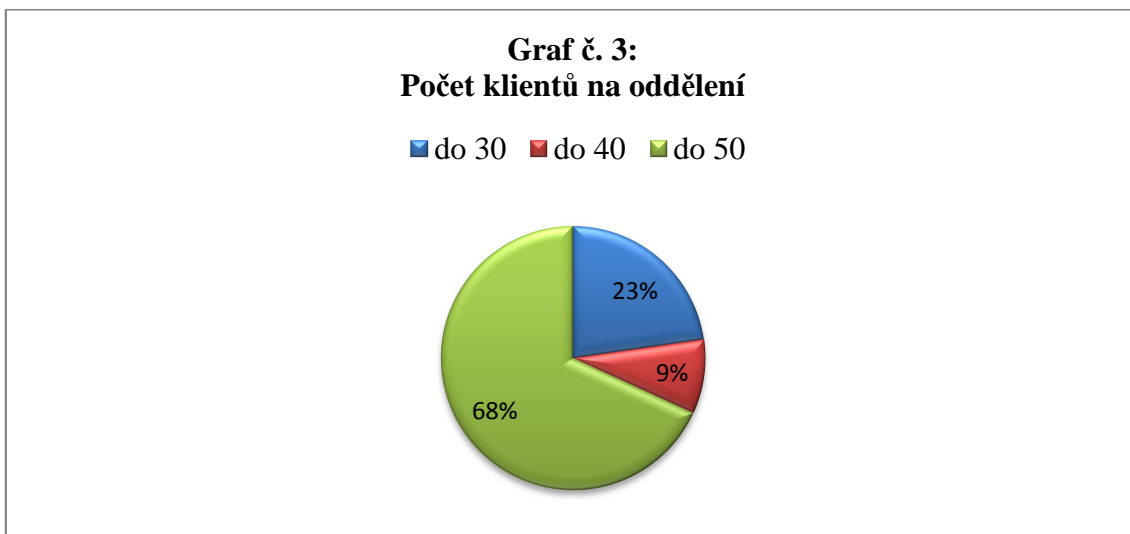
Na otázku „*Jaké je vaše odborné zaměření?*“ odpovědělo 22 (100 %) respondentů, z toho (2) 9 % uvedlo, že jejich pozice je zdravotní sestra a zbylých (20) 91 % jsou pracovníci v sociálních službách (PSS).



▪ **Jednotlivá oddělení a počet klientů**

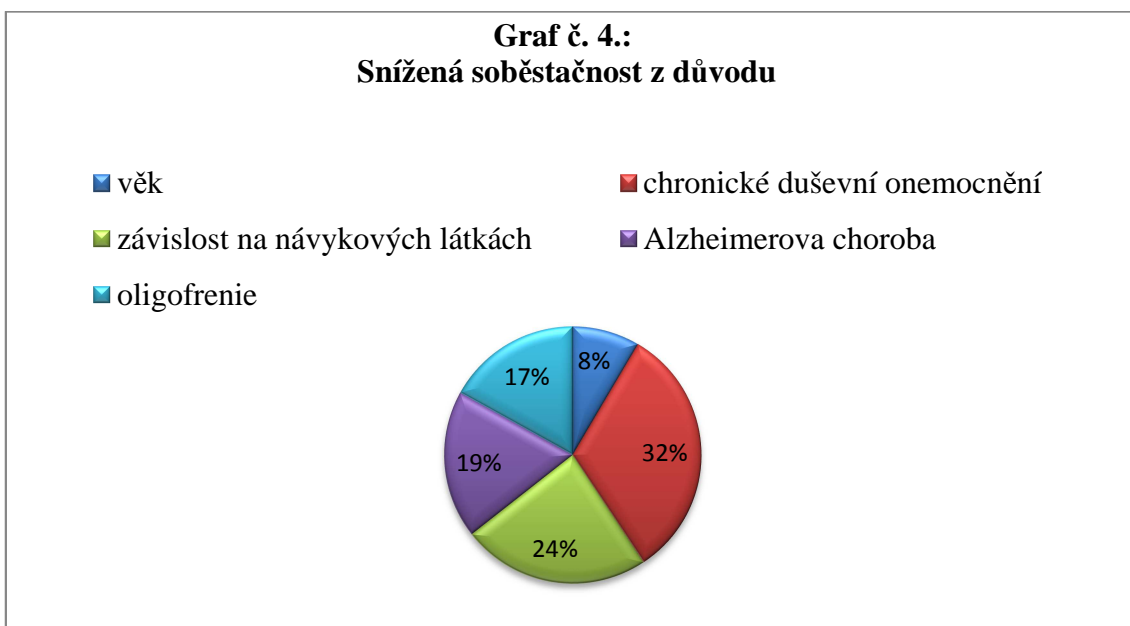
Na otázku „*Jaký je počet klientů na oddělení?*“ respondenti uvedli, že (15) 68 % z nich pracuje na oddělení do 50 klientů, (2) 9 % respondentů pracuje na oddělení do 40

klientů a (5) 23 % respondentů pracuje na oddělení do 30 klientů. Celkový počet klientů v DZR Terezín je aktuálně 269 klientů (plný stav zařízení).



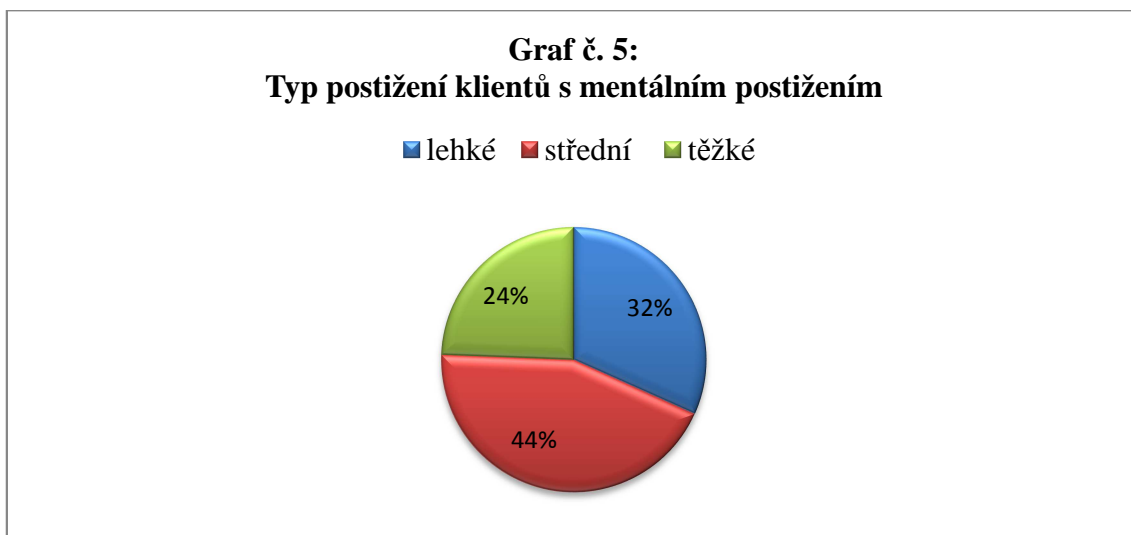
▪ **Důvod snížení soběstačnosti**

Zde respondenti zaškrtnali podle potřeby i více odpovědí. Každé oddělení se skládá z jiné cílové skupiny klientů, proto mě zde zajímalo snížení soběstačnosti na každém oddělení. Nejvíce je zastoupené chronické duševní onemocnění 32 %, následně závislosti na návykových látkách tj. 24 %, Alzheimerova choroba činí 19%, oligofrenie činí 17 % a na posledním místě je věk, zastoupen 8 %.



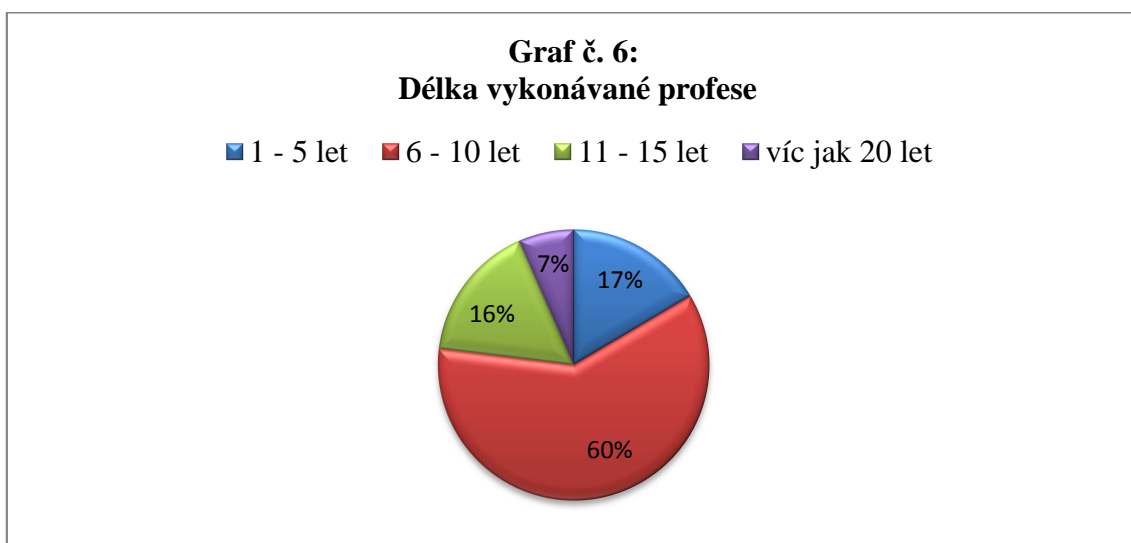
Typ postižení

Zde jsem se dotazovala na nejvíce zastoupený typ postižení v zařízení. Respondenti měli na výběr ze tří možných typů postižení. A to: *lehké, střední a těžké*. Nejvíce zastoupené je tedy střední mentální postižení 44 %, dále lehké mentální postižení 32 %, a těžké mentální postižení na třetím místě s 24 %.



▪ Délka vykonávané profese

Na otázku „*Jak dlouho vykonáváte tuto profesi?*“ měla největší % zastoupení odpověď rozmezí 6 – 10 let 60 %, jak napsalo 11 respondentů. 5 z nich, tj. 7 %, již tuto profesi vykonává přes 20 let, což si dle mého zaslouží velký obdiv, protože je to opravdu náročná profese, jak psychicky tak fyzicky. Další 3 respondenti tj. (17 %) uvedlo, že jejich praxe se pohybuje v rozmezí 1 – 5 let a stejný počet respondentů (16 %) pracuje v sociální sféře 11 – 15 let.

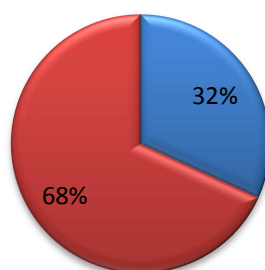


- **Adekvátní jednání při podpoře**

Na otázku „*Jsou všichni lidé s MP schopni jednat adekvátním způsobem při podpoře?*“ odpovědělo 22 respondentů (100%). 7 z nich (32 %) si myslí, že jsou mentálně postiženi schopni adekvátně jednat v rizikových situacích s podporou, 15 respondentů (68 %) si myslí, že toto tvrzení není pravdivé.

Graf č. 7:
Všichni lidé s mentálním postižením jsou schopni adekvátním způsobem jednat v rizikových situacích, pokud jsou v tom podporováni.

■ je pravda ■ není pravda

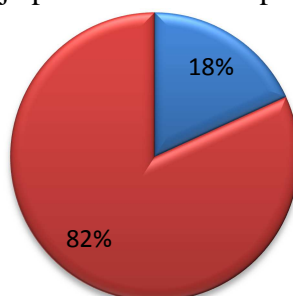


- **Na adekvátní rozhodování lidí s MP, mají vliv dostatečné rozumové schopnosti.**

Na otázku „*Mají dostatečné rozumové schopnosti vliv na adekvátní rozhodování lidí s MP?*“ odpovědělo 22 respondentů (100 %). 4 z nich (18 %) si myslí, že je tvrzení pravdivé, ostatních 17 (82 %) si myslí, že tvrzení je nepravdivé. Jak vidíme v grafu č. 8.

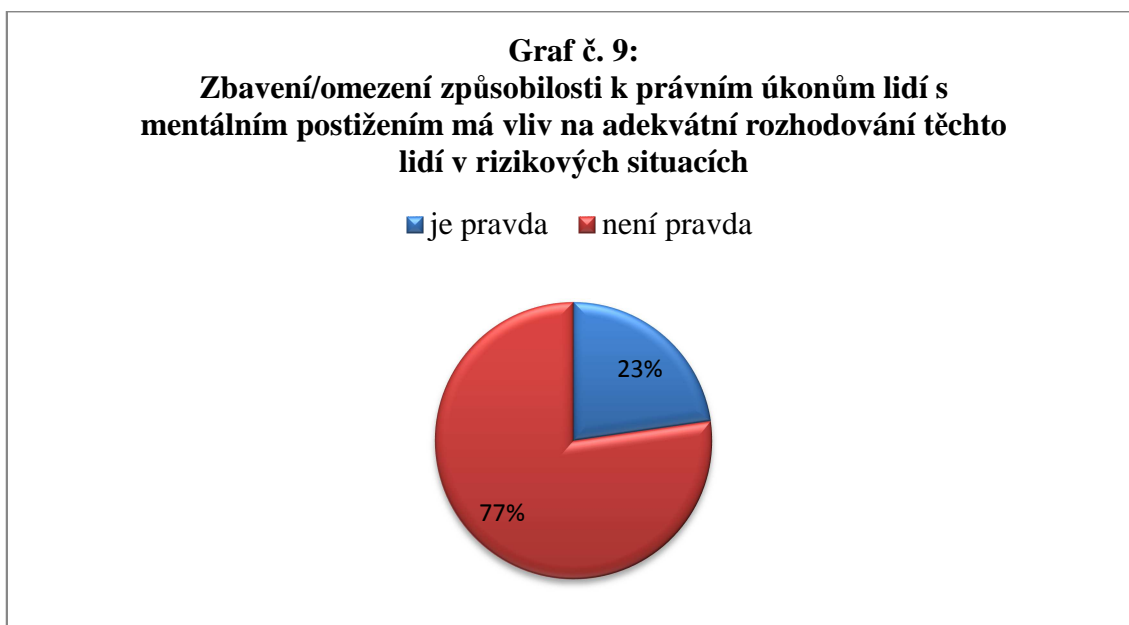
Graf č. 8:
Na adekvátní rozhodování lidí s mentálním postižením v rizikových situacích mají vliv dostatečné rozumové schopnosti

■ je pravda ■ není pravda



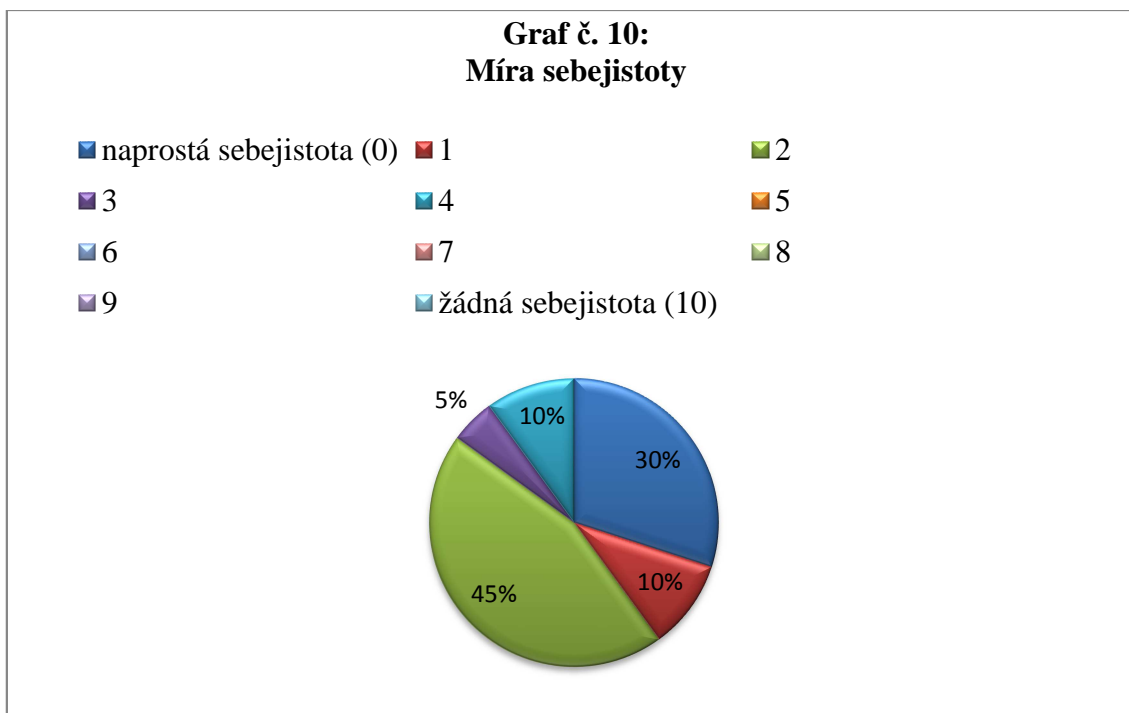
▪ **Zbavení/omezení způsobilosti a rozhodování v rizikových situacích**

Na otázku „Zda na adekvátní rozhodování lidí s MP v rizikových situacích má vliv zbavení nebo omezení jejich způsobilosti k právním úkonům?“ se vyjádřilo všech 22 respondentů (100 %). 17 z nich (77 %) si myslí, že toto není pravda a zbylých 5 (23 %) se domnívá, že tvrzení je pravdivé. Nikdo z nich však nevyužil možnost tuto otázku blíže specifikovat dle svého uvážení nebo uvést nějaký konkrétní příklad z praxe.

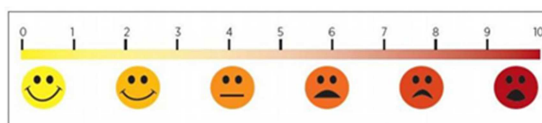


▪ **Míra sebejistoty při práci s rizikem**

Na otázku „Jak hodnotíte svou míru sebejistoty při práci s riziky v sociálních službách?“ odpovědělo 20 respondentů (100 %), 2 neodpověděli. Byla využita VAS – vizuální analogová škála viz obrázek č. 1 na straně 61. Největší zastoupení sebejistoty má podle ní číslo 2. Respondenti dále uvedli, že je důležité být v této profesi hodně sebejistý, pokud míra sebejistoty kolísá, není to dobré pro vnitřní pocit a celkovou stabilitu při práci. Přesto mě u této otázky míra sebejistoty dotazovaných respondentů překvapila. 30 % respondentů mají při práci s rizikem naprostou sebejistotu, na škále označili bod 0. Dalších 10 % respondentů využilo odpověď s bodem 1 – což je stále dost vysoká sebejistota. Vysoké procento respondentů 45 % využilo odpovědi označené bodem 2 - což je také stále dostatečně vysoká sebejistota. Další skupina respondentů 5 % využilo odpověď s bodem 3 – zde už není taková jistota, ale stále vyhovující odpověď. Poslední skupina respondentů (10 %), označila odpověď s bodem 4. Zde jsme již skoro v polovině hodnocení sebejistoty VAS škály. Poslední skupina respondentů si tedy již při práci s rizikem tolik jista není. A měla by míru sebejistoty posílit.



Obr. č. 1: Vizuální analogová škála (VAS)



<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>

▪ **Postup práce s rizikem**

Otázka s výběrem možností: vždycky, někdy/občas, nikdy. Otázka zněla:

„Které z následujících možností mohou být prospěšné při postupu práce s rizikem u lidí s mentálním postižením?“

Tabulka č. 6: Počet a procenta respondentů, kteří označili dané možnosti			
	vždycky	někdy/občas	nikdy
Postup řešení	Počet (%)	Počet (%)	Počet (%)
Identifikace rizik	17	5	0
Posouzení rizika	14	6	1
Návrh řešení	6	15	0
Vyhodnocení	12	8	0

Možnost vyjádření u této otázky nevyužil ani jeden z respondentů.

▪ **Rizikové faktory a zranění**

Otázka „*Jaké rizikové faktory vyskytující se u lidí s mentálním postižením mohou mít za následek jejich zranění nebo pád?*“ nechávala volnou odpověď respondentům.

Odpověděli na ni všichni respondenti 100 %. Jejich názory jsou:

Agrese, rozrušení, zmatenost, neorientovanost, nepředvídatelnost, zmatenost, nevhodná manipulace zaměstnance, neklid, mokrá podlaha, předměty v cestě, nedostatečná podpora, nepochopení, nedostatečné upozornění ze strany zaměstnance, úlek, špatná chůze, neodhadnutá situace.

V této otázce se všichni respondenti dle výčtu možných rizik a zranění orientovali velmi dobře. Jsou si vědomi toho, že ve zmíněných situacích je zvýšená opatrnost při podpoře klienta s mentálním postižením důležitá.

▪ **Stupně rizik**

Stupně rizik vyjádřil z 22 dotazovaných respondentů jen jeden respondent:

Přiměřené riziko – vše je v relativní pohodě

Zvýšené riziko – nutno dbát větší opatrnosti

Nepříjemné riziko – ohrožený je nejen klient, ale i pracovník

Cílem práce s rizikem není odstranit riziko ze života lidí s postižením, nýbrž hledat cestu, jak může uživatel sociální služby tyto situace prožít bezpečným způsobem. (Sobek a kol., 2010)

Tato otázka byla ze strany respondentů špatně pochopena a téměř všichni v dotazníku pouze číslovali rizika dle nutnosti jeho dodržování.

▪ **Dokumentace při práci s rizikem**

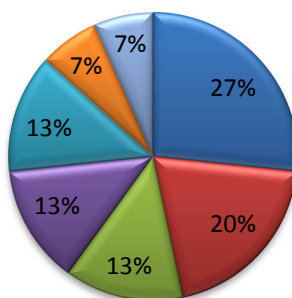
U této otázky v přesném znění: „*Jaká dokumentace u lidí s mentálním postižením je používána při práci s rizikem na vašem pracovišti?*“ (prosím, vypište odpověď).

Odpovědělo 20 respondentů (100 %), 2 na tuto otázku neodpověděli. Odpovědi zní:

Dokumenty typu: psychiatrické dokumenty 27 %, plány rizik 20 %, zmíněný byl také individuální plán 13 %, dále lékařské dekurzy 13 %, plány péče 13 %, záznamy o chování klienta 7 %, a na závěr sesterské záznamy také 7 %.

Z této otázky vyplývá, že se respondenti orientují v problematice záznamu možných rizik.

**Graf č. 11:
Dokumentace při práci s riziky**



▪ Připomínky k dotazníku

Zde nikdo nevyužil možnost bližšího vyjádření vlastního názoru, je zřejmé, že díky kolonce po pravé straně dotazníku, měli respondenti možnost vyjádření u všech otázek po celou dobu vyplňování dotazníku.

4.2 Vyhodnocení polostrukturovaného rozhovoru

1a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost řídit si sami denní režim?

Transkripce odpovědí:

„Ano, všichni klienti v našem zařízení mají možnost si sami řídit denní režim.“

„Ano mají, připomeneme jim třeba čas na léky, nebo aby nezapomněli přijít na oběd, ale pokud se klient někde zdrží, automaticky se mu strava schová a ohřeje, když klient chce.“

„Ano, klienti mají možnost zařídit si svůj denní režim dle svého uvážení.“

„Opravdu tuto možnost mají, myslím si, že mnohým to tak vyhovuje.“

„Volný čas je opravdu na našich klientech, jak oni chtějí nebo mají náladu. Jestli se zařídí úplně dle svého nebo jestli využijí aktivit nabízené aktivizačním úsekem tzv. dílnou, je na nich.“

„Je to tak, ale klienti, kteří si sami smysluplně aktivity nenaplánují, tak ty většinou automaticky doprovodíme na tzv. dílnu, kde s nimi pracují aktivizační pracovníci.“

„Mají sice možnost zařídit se podle sebe, ale osobně si myslím, že je lepší, když jsou vedeni aktivizačními pracovníci ke konkrétním činnostem.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) zodpovědělo otázku kladně, tedy že klienti mají možnost si sami řídit denní režim. 3 dotazovaní současně upozorňují na systém podpory v případě potřeby („pokud se klient někde zdrží“, „ti, kteří si sami aktivity neplánují.“). Dvakrát je v této souvislosti zmíněn význam aktivizačního úseku (dílny) a jednou péče o režim (příjem potravy a léků).

1b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost si sami řídit denní režim?

Transkripce odpovědí:

„Osobně si myslím, že mají, protože je to věc klientů. Jestliže chtějí být sami na pokoji, nebo jít ven, proč by nemohli jít, je to jejich svobodná volba.“

„Myslím si, že je to tak správné, proč by si nemohli plánovat svůj volný čas, aspoň jsou více jako doma.“

„Osobně zastávám tu variantu, kdy je klient aktivizován na tzv. dílně. Ne všichni klienti jsou schopni času pozitivně využít. Mnozí z nich by ho proseděli sami na pokoji koukáním do zdi.“

„Určitě by neměli mít tolik volného času jen pro sebe. Pokud jsou aktivizační zaměstnanci denně v provozu, měli by být plně využiti a každý den se klientům maximálně věnovat. Nejvíce samozřejmě těm, kteří svůj volný čas tráví na kuřárně nebo se pak věnovat individuálně imobilním klientům, kteří nemají možnost jen tak opustit svůj pokoj a mají zájem o nabídku vhodných činností.“

„Podle mě by volný čas mít neměli. Rozhodně ne ti klienti, kteří chodí libovolně po městě, utrací své peníze za cigarety a alkohol, a ještě pak prosí o peníze kolemjdoucí. To se mi vůbec nelíbí. Tací klienti by neměli mít tolik volnosti bez dozoru personálu, který je usměrní.“

„Možnost řídit si svůj volný čas by měli mít takoví klienti, kteří nedělají ostudu a jejich denní režim má alespoň trochu nějaký řád.“

„Myslím si, že by měli mít svůj volný čas, je to pro ně důležité, měli by být jen lehce pod vlivem zaměstnanců, aby se volno ubíralo rozumným směrem.

Vyhodnocení odpovědí:

U této otázky se dotazovaní úplně neshodli. 3 dotazovaní souhlasí, že by klienti měli mít možnost si sami řídit denní režim, 2 z dotazovaných kladou důraz na aktivizační pracovníky, kteří by se měli snažit vyplnit volný čas klientů vhodnými činnostmi a 2 dotazovaní si myslí, že by klienti neměli mít možnost si sami řídit denní režim z důvodu neadekvátního využití („volný čas by měli mít takoví klienti, kteří nedělají ostudu“, „rozhodně ne ti klienti, kteří utrací své peníze za cigarety a alkohol, a ještě pak prosí o peníze kolemjdoucí“).

2a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost sami si vydělávat peníze?

Transkripce odpovědí:

„Určitě u nás tuto možnost mají.“

„Tuto možnost mají, ale jen někteří klienti. Většinou se jim pracovat nechce, byť nemají peníze. Tady je pak nutné je správně namotivovat, ale je to velmi těžké.“

„Tato možnost tady je, ale je to velmi problémové. Málokdy je klient pracovitý, dochvilný, a hlavně s mírou pravidelnosti. Když nám pomáhá klientka například v kuchyni s mytím nádobí a nějaký den nepřijde, je tam spousta nádobí až do večere a PSS nemají kolikrát čas nádobí rychle umýt, aby bylo včas připraveno na večeri.“

„Ano, klienti mají tuto možnost. Dokonce na oddělení máme jednu klientku, která kvůli práci nechce dělat nic jiného. Kdyby to šlo, zastala by všechnu pomocnou práci na oddělení ona a ostatní klienti by mohli podle ní odpočívat.“

„Mají možnost si vydělat peníze, částka je ale jen omezená. Nevím jak to přesně je.“

„Ano, pracují, ale je to jeden klient z 20, který o práci opravdu stojí. Největší problém jim dělá ranní vstávání.“

„Každý klient má možnost vydělat si peníze do určitého limitu.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) odpovědělo na otázku kladně, tedy že klienti mají možnost si sami vydělávat peníze. 3 dotazovaní upozorňují na nedochvilnost a lenost klientů („málokdy je klient pracovitý, dochvilný“, „největší problém je ranní

vstávání.“). Jednou je uveden i opačný příklad, kdy klientka kvůli práci odmítá relaxovat.

2b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost sami si vydělávat peníze?

Transkripce odpovědí:

„Určitě by měli mít všichni klienti stejnou možnost si vydělat peníze.“

„Ano, měli by mít tuto možnost. Udržují si tím aspoň smysl pro povinnost.“

„Je to dobře, že tuto možnost mají, potřebují si něco přivydělat, protože často to své málo dokáží utratit za pár dní, a pak si půjčují mezi s sebou nebo dokonce prodávají své věci.“

„Mají možnost přivýdělnku, ale ne všichni chtějí pracovat, jsou dost leniví.“

„Je dobře, že tuto možnost mají.“

„Domnívám se, že tu možnost určitě mít mají, protože jen menšina klientů dokáže vyjít se svými penězi na měsíc. Jsou i tací klienti, kteří nemají vůbec nic.“

„Ta možnost tu je, a je rozhodně správná, byť ji všichni klienti nechtějí využít.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) je přesvědčeno, že je správné, aby klienti měli možnost si sami vydělávat peníze. Jednou je vyzdvižen smysl pro povinnost klientů a proti tomu je zmíněna škoda, že tuto možnost využívá jen málo klientů, byť peníze potřebuje většina („půjčují si mezi s sebou nebo dokonce prodávají své věci.“).

3a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost manipulovat sami s penězi?

Transkripce odpovědí:

„Ano, možnost manipulace s penězi je v našem zařízení zcela normální věc.“

„Jistě, klienti dostávají podle výše svého celku příděl na měsíc, nebo na týden, nebo dokonce na den. Záleží, jak jsou domluveni s pokladní, která jim peníze vyplácí.“

„Ano, klienti, pokud jsou mobilní a chodí sami ven, manipulují se svými penězi sami.“

„S penězi sice sami manipulují, ale myslím si, že někteří nedokáží odhadnout hodnotu a kolikrát se stalo, že zůstali v krámě dlužni nějakou tu korunu.“

„S penězi manipulují běžně. Pokud je ale utratí příliš brzy, je to pak velký problém. Není totiž jednoduché jim vysvětlit, že limit na daný měsíc je vyčerpán.“

„Ano, klienti s penězi manipulují libovolně. Většinou si kupují cigarety nebo alkohol a často také utrácí hodně za jídlo (sladkosti, brambůrky apod.)“

„Manipulace s penězi je u všech klientů možná, jen imobilní klienti si píší seznam, co by rádi, aby jim zaměstnanci nákupem pověřením, koupili.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) zodpovědělo otázku kladně, tedy že klienti mají možnost sami manipulovat s penězi. 3 dotazovaní upozorňují na nelehký problém, že někteří klienti rychle vyčerpají svůj příděl peněz („nedokáží odhadnout hodnotu a kolikrát se stalo, že zůstali v krámě dlužni nějakou tu korunu“, „kupují si cigarety nebo alkohol“.)

3b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost sami manipulovat s penězi?

Transkripce odpovědí:

„U některých klientů nevidím problém, aby sami s penězi manipulovali, ale u většiny z nich si myslím, že bez rozmyslu utrácí za zbytečnosti“

„Určitě, spousta klientů dokáže odhadnout, co koupit potřebují a co ne. Těch je ale menšina. Podle mě by neměli mít všichni možnost své peníze utrácet v podstatě za cokoli.“

„Ano, proč by neměli. Mají na to právo.“

„Myslím si, že je to tak v pořádku, tu možnost mají a my bychom je neměli ovlivňovat, i když kolikrát by jejich útrata stála za rozmluvu.“

„Nevidím na tom nic špatného, je dobře, že tuto možnost mají.“

„Osobně si myslím, že je na zváženou, kdo z klientů si zaslouží manipulovat sám a kdo ne. Měl by být určitě nějaký řád a nedávat peníze všem klientům, i když jsou schopni si sami pro nákup dojet nebo dojít. Velká většina peníže utratí opravu rychle a nedělá pak zařízení pěkný obrázek, když chodí po městě a žádají peníze na turistech nebo místních lidech. Nelíbí se mi to.“

„Nevidím důvod, proč by tuto možnost neměli mít.“

Vyhodnocení odpovědí:

6 dotazovaných souhlasí s tím, aby klienti měli možnost sami manipulovat s penězi. 3 z nich však upozorňují na to, že pouze menší část klientů je schopna adekvátního

rozhodnutí, za co peníze utratit. („*bez rozmyslu utrácí za zbytečnosti.*“). 1 dotazovaný je toho názoru, že peníze by měl dostávat do ruky jen ten klient, který dokáže odhadnout jejich hodnotu. Jako zásadní však vidí problém v obtěžování okolí, když klient s penězi nevystačí („*žádají peníze na turistech nebo místních lidech.*“).

4a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost opouštět zařízení dle své volby?

Transkripce odpovědí:

„Ano, všichni mobilní klienti mohou opouštět libovolně zařízení.“

„Zařízení mohou opouštět dle svého uvážení, ale když je zima a hrozí náledí, mají klienti, kteří jsou špatně mobilní zákaz vycházek, aby nedošlo k úrazu, nebo jdou s doprovodem.“

„Někteří opouštějí zařízení už ráno, jdou třeba do pekárny pro pečivo, přesto, že mají snídani. Na to je expert jeden klient, který má hodně rád koblihy a každé ráno si pro ně chodí, a to je mívají pravidelně k snídani i u nás v zařízení.“

„Mají možnost opouštět zařízení tak, jak chtějí. Jen musí být do zavření hlavní brány zpět. To je v deset hodin večer.“

„Možnost mají a rádi ji využívají, i když tu máme i pár klientů, co se ven sami bojí.“

„Jistě, klienti velice rádi chodí ven.“

„Ano, mají tuto možnost, dokonce někteří jezdí i sami do Prahy.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) zodpovědělo otázku kladně, tedy že klienti mají možnost opouštět zařízení dle své volby. 1 dotazovaný současně podotýká, že klient musí být zpět, než se DZR uzavře, tj. do deseti hodin večer.

4b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost opouštět zařízení dle své volby?

Transkripce odpovědí:

„Domnívám se, že je to správně, pro některé klienty je důležité chodit úplně ven ze zařízení.“

„Některým klientům stačí jen dvůr, ale rozhodně je dobře, že mají možnost opouštět zařízení, jak uznají za vhodné. Někteří naši klienti bydlí i poblíž zařízení v chráněných bytech, které spadají pod DZR.“

„Já osobně si tedy myslím, že není úplně šťastné řešení, když může jít téměř každý klient ven dle své volby. Ne všichni klienti dobře reprezentují zařízení, jestli chápete jak to myslím – nelíbí se mi, když se dožadují příspěvku na cigaretu kolemjdoucích dětí nebo osob, které jsou ve městě na návštěvě. Takovým to klientům, o kterých se ví, že jsou více problémoví, bych nechávala pohybovat se jen po dvoře zařízení.“

„Ano, je správné že ta možnost tu je a líbí se mi, že klienti mohou hospodařit se svým časem formou procházky úplně mimo zařízení, nebo když si zajedou na nákupy do vedlejšího města.“

„Mně se víc líbí, když se vytvoří skupinka klientů a zaměstnanec a jde se ven ze zařízení společně. Zaměstnanec navíc může trochu usměrňovat nežádoucí chování některých klientů a ještě dohlídne na bezpečnost více ohrožených klientů.“

„Myslím si, že tato možnost je správná, že mají mít volnost pohybu dle svého uvážení. Jsou zařízení, kde klienti sami ven nesmí, a to mi nepřijde správné. Já vím, že DZR díky tomu, že stojí přímo na náměstí Tereziína, nevyvolává u zdejších obyvatel zrovna vlnu nadšení. Koukají na naše klienty skrz prsty. Někdy se tomu nemůžeme divit, ale oni potřebují mít pocit volnosti.“

„Klienti, kteří se venku nechovají adekvátně, by měli své procházky směřovat spíše po dvoře zařízení.“

Vyhodnocení odpovědí:

Odpovědělo všech 7 dotazovaných, avšak pouze 5 z nich souhlasí, aby klienti mohli samostatně opouštět zařízení. Současně jeden z nich podotýká, že je nejlepší, když jde alespoň jeden zaměstnanec s klienty, aby eliminoval rizika pádu nebo usměrňoval nežádoucí chování klientů apod. Zbylí 2 jsou toho názoru, že ne všichni klienti by měli tuto možnost mít, protože příliš dobře nepůsobí na okolí města („dožadují se příspěvku na cigaretu od kolemjdoucích dětí nebo dalších osob.“, „své procházky by měli směřovat spíše po dvoře zařízení.“).

5a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost samostatně cestovat?

Transkripce odpovědí:

„Ano, mohou samostatně cestovat.“

„Jistě, že mohou samostatně cestovat. Většina klientů bydlela v Praze, a tak tam často jezdí. Ať už za rodinou – to v tom méně častém případě (bohužel), za známými nebo v tom smutnějším případě na hřbitov.“

„Samostatně cestují, kolikrát si říkám, jak se v cizích městech orientují.“

„Ano, není to problém.“

„Cestují často sami, i když se stalo, že zpět musela klienta přivést policie, že někde tápal, nebo měl jiný problém, ale to už je riziko.“

„Ano, cestují sami, i když to přináší určité riziko, ale nevidím v tom větší problém.“

„Přijde mi to fajn, posilují alespoň svou orientaci, většinou už mají naučenou svou cestu.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) zodpovědělo otázku kladně, tedy že klienti mají možnost samostatně cestovat. Současně 1 dotazovaný upozorňuje na riziko, kdy musela zasahovat policie, („klienta musela přivést policie, že někde tápal, nebo měl jiný problém, ale to už je riziko.“).

5b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost samostatně cestovat?

Transkripce odpovědí:

„Já souhlasím se vším, co klientům pomáhá udržovat určitý rozvoj osobnosti.“

„Jistě, že mají mít tuto možnost, není běžné, že by v podobných zařízeních měli klienti takovou možnost, protože je to svým způsobem riskantní, ale víte jak to je, kdo neriskuje, nic nemá. A já říkám, že co tě nezabije, to tě posílí. A v případě našich klientů to platí dvojnásob.“

„Za mě je to určitě správně, byť s nějakou mírou rizika.“

„Já z možnosti samostatného cestování klientů tak pozitivní názor nemám, stejně jak jsem zmínila v otázce na možnost opouštění libovolně zařízení, tak i tady říkám, že by to neměla být možnost pro některé konfliktnější klienty.“

„Tady musí schválit vedení, zda je klient schopen samostatně cestovat, když tuto možnost mají dovolenou, tak já ji respektuji, byť s ní úplně nesouhlasím.“

„Myslím si, že tu možnost klienti mají mít. Jednak to není úplně běžná záležitost, znám i zařízení, kde klienti nesmí bez personálu nikam sami a přijde mi to smutné.“

„Já osobně mám vždy strach, když nám klient někam sám odjíždí, někteří klienti jsou schopni jet sami i na vyšetření např. k očnímu lékaři, to obdivuji.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných má i při vyjádření vlastního názoru u této otázky ve většině kladný přístup a pochopení pro samostatné cestování klientů. Dá se říct, že jsou i pyšní na to, že DZR Terezín toto umožňuje. 1 dotazovaný současně dokonce vyjadřuje svůj obdiv pro klienty, kteří sami cestují z Terezína například až do Prahy, kde se sami dokáží i orientovat. („někteří klienti jsou schopni jet sami i na vyšetření např. k očnímu lékaři, to obdivuji.“). 2 z dotazovaných jsou proti této možnosti, tedy aby klienti měli možnost sami cestovat.

6a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost setkávat se s opačným pohlavím?

Transkripce odpovědí:

„Ano, jsme velké zařízení, je tu 269 klientů, muži i ženy. Páry mají možnost spolu dokonce i sdílet jeden pokoj.“

„Ta možnost tu je, klienti jsou za to velice rádi, i oni se navzájem rádi líbí. Máme tu i dámský klub, kde se dámy mohou zkrášlit pro své protějšky.“

„Ano, setkávají se s jiným pohlavím jak u nás v zařízení, tak se navštěvují s jinými domovy při různých akcích. Je to milé.“

„Ano, mohou se setkávat s opačným pohlavím.“

„Jistě, mohou se setkávat s opačným pohlavím, jak chtějí. Žádné oddělení není vyhraněné jen pro muže nebo jen pro ženy.“

„Ano, přijde mi to hezké, že i tady mohou klienti mezi sebou navazovat nové vztahy s opačným pohlavím.“

„Ano, ta možnost tu je, i když je to někdy komplikované, když se zamilují dva klienti do jedné klientky apod..“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) zodpovědělo otázku kladně, tedy že klient má možnost se setkávat s opačným pohlavím.

6b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost setkávat se s opačným pohlavím?

Transkripce odpovědí:

„Myslím si, že tu možnost mají mít, jsou to sice klienti s MP, ale pořád mají city a potřeby.“

„Náš pan ředitel je zastáncem toho, že i MP mají právo na sexuální život. Proto klientům umožňuje i různá setkání s ostatními zařízení mužů a žen.“

„Asi je to tak, že i klient s MP cítí své potřeby a je lepší, aby měl tu možnost setkat se s osobou opačného pohlaví, než abychom řešili možné sexuální útoky.“

„Někomu to může přijít neadekvátní a nemožné, ale ti klienti opravdu potřebují setkání s opačným pohlavím, i tady stále funguje určitá míra přitažlivost, kterou klienti cítí nebo potřebují cítit.“

„Je to takové choulostivé téma, ale proč ne, přijde mi to naprosto normální, že naši klienti a klienti vůbec mají své touhy. Chtějí mít vedle sebe blízkou osobu.“

„Nevidím problém, proč by se neměli setkávat s opačným pohlavím.“

„Určitě je to správné, že tu možnost mají, a že mohou sdílet i společné bydlení, když mají zájem spolu trávit čas. Však tu máme i pár manželských dvojic, kteří jsou touto možností nadšené.“

Vyhodnocení odpovědí:

Ani u možnosti volného vyjádření se k otázce styku s opačným pohlavím, nikdo ze 7 dotazovaných nereagoval negativně. Všem se tato možnost líbí, i když je to trochu choulostivé téma. Všichni dotazovaní mají v tomto ohledu pro klienty pochopení.

7a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost nakupovat alkohol?

Transkripce odpovědí:

„Ano, mají tuto možnost.“

„Ano, ta možnost tu je, ale má svá pravidla.“

„Ano, pokud si to přejí, nákupčí jim může alkohol koupit.“

„Ano, může se jim koupit, neměli by ho tedy sami přinášet ve velkém, musí o tom být přehled, ale konzumaci zakázanou nemají. „

„Ano, mohou pít alkohol, bohužel.“

„Alkohol nakupovat mohou, protože když dostanou kapesné, nikdo nekontroluje, co si za něj venku koupí.“

„Jistě, alkohol je nejčastější položka, za kterou klienti své peníze vůbec utrácejí.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných (100 %) odpovědělo na otázku kladně, tedy že klienti mají možnost nakupovat alkohol. 1 dotazovaný současně zdůrazňuje, že je to nejčastější věc, za kterou klienti vůbec utrácejí.

7b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost nakupovat alkohol?

Transkripce odpovědí:

„U této otázky nebudu již tak pozitivní, tato možnost se mi nelíbí a myslím si, že by ji klienti mít neměli.“

„Rozhodně neměli, máme tu jednu klientku, která i dříve inklinovala k alkoholu, a když jde ven, samozřejmě si ho nakoupí.“

„Ne, neměli by tuto možnost mít. Není pak kolikrát jednoduché klientům vysvětlit, proč to není vhodné.“

„Tato situace je nekontrolovatelná, pár klientů si chodí už ráno pravidelně nakoupit pár lahví piva, a když požijí alkohol mimo zařízení, nemůžeme to ohlídat.“

„Za mě jednoznačně nemají tu možnost mít, špatně se tato věc hlídá a jsou kvůli tomu nepříjemnosti.“

„Za mě rozhodně ne! Když má některý klient chuť na skleničku, ať si jí dá, proč ne, ale jedině pod dohledem zaměstnance, který může určit optimální míru.“

„Tato možnost se mi nelíbí a myslím si, že v tom jsme s ostatními zaměstnanci ve většině za jedno. Klienti by neměli mít v žádném případě možnost požívat nekontrolovaně alkohol.“

Vyhodnocení odpovědí:

Všech 7 dotazovaných projevilo značný nesouhlas s možností, aby si klienti mohli nakupovat alkohol. („Tato situace je nekontrolovatelná.“, „když požijí alkohol mimo zařízení, nemůžeme to ohlídat.“). 1 respondent současně připouští, že za dohledu zaměstnance by mohl mít klient možnost alkohol konzumovat.

5. Diskuse

Cílem práce bylo zkoumat fenomén podstupování rizik a jeho význam v rámci procesu empowermentu osob s mentálním postižením v sociálních službách.

Zkoumání teoretických konceptů bylo doplněno o terénní šetření, s jehož pomocí byly hledány odpovědi na čtyři vědecké otázky.

První vědecká otázka, kterou jsme si stanovili, zněla „*Jaké formy potencionálně rizikových situací mají jedinci s mentálním postižením možnost podstupovat v DZR Terezín?*“

Dotazování zaměstnanci DZR Terezín shodně vypovídali, že klienti zařízení mají dostatečné možnosti podstupovat potencionální rizika. Ať již ve formě samovolného opouštění zařízení, ke kterému se většina zaměstnanců staví pozitivně, i když se najdou i takoví zaměstnanci, kteří by problémovější klienty ze zařízení ven nepouštěli bez dohledu příslušného personálu. Pracovníci mají také ve většině kladný přístup k možnosti, aby klienti mohli samostatně cestovat i mimo město Terezín. U tohoto typu rizika mají pracovníci sice obavu, ale jsou ochotni riziko podstoupit. Jako příklad lze uvést převládající obdiv ke klientovi, který zvládne sám cestovat třeba do Prahy. O situaci, kdy riziko můžeme vnímat jako ohrožení, ale zároveň jako výzvu představující nenahraditelný přínos pro náš život, zmiňuje Sobek (2010). Jestliže chceme s rizikem dobře pracovat, náš pohled by měl být vyvážený. Pokud bychom u rizikových situací vnímali pouze ohrožení a žádné přínosy, náš pohled bude přehnaně úzkostlivý a budeme mít sklon k nadměrnému omezování aktivit.

Z rozhovorů, které jsme s pracovníky vedli, plyne porozumění a ochota podstupovat zejména ta rizika, která považují za přínosná z hlediska rozvoje samostatnosti a komunikace klienta.

Druhá vědecká otázka, kterou jsme si stanovili, zněla „*Jaké situace s potencionálním rizikem považují dotazovaní zaměstnanci za vhodné u jedinců s mentálním postižením?*“

Dotazovaní pracovníci sociálních služeb shodně vypovídali, že za nejvhodnější situace s potencionálním rizikem považují zejména možnost stýkání klientů s opačným pohlavím, poskytnutí klientům možnost vydělávat si peníze nebo opouštět zařízení dle své volby. Tyto tři činnosti patří mezi ty, kde jsou zaměstnanci ochotni přijmout největší rizika. Každý z pracovníků, tak individuálně zaujímá určitý postoj k dané

situaci a řeší dilemata s ní spjatá. Problematikou postojů a dilemat pracovníků v sociálních službách se zajímá například Atkinson (2003), který tvrdí, že v rizikových situacích u lidí s mentálním postižením musí pracovníci volit jednu ze dvou možností řešení, která třeba není vždy tak úplně jednoznačná.

Je toho názoru, že třeba ani jedna z možností nemusí být zcela vyhovující ani příjemná. Její správnost se většinou ověří až po delším čase. V našem konkrétním případě to znamená, že pracovníci sociálních služeb musí řešit volbu mezi zajištěním naprosté bezpečnosti (za cenu omezení rozvoje klienta) a nabídkou podpory samostatnosti (za cenu podstupování rizika). Naproti tomu Allport (1937) uvádí, že postoj je mentální a nervový stav pohotovosti organizovaný zkušeností, vyvíjející direktivní nebo dynamický vliv na odpovědi individua vůči všem objektům a situacím, s nimiž je v relaci. Lze tedy říct, že postoje jsou systémy pozitivního nebo negativního hodnocení, emočních pocitů a technik týkajících se sociálních cílů. Pro představu uvedeme konkrétní příklad. Klíčová pracovníce (pracovnice sociálních služeb), která měla na starosti klienta, který se stranil styku s ostatními klienty a nechtěl opouštět svůj pokoj ani na jídlo. Tento klient měl strach opustit svůj pokoj, neměl zájem navštěvovat společenskou místnost ani neprojevil chuť zúčastnit se nabízených aktivit.

Proces empowermentu u něj začínal od úplného začátku. Každý den ho klíčová pracovníce navštěvovala hned po snídani a plánovali spolu denní aktivity. Snažila se navázat bližší kontakt a získat více jeho důvěru. Komunikace s klientem byla v celku bez problémů, povídal si rád, proto navázat s ním kontakt nebylo tolik obtížné. Když po nějakém čase začal své klíčové pracovníci důvěřovat, přišly první pokusy opustit pokoj, byť jen na chvíli, na krátkou procházku po chodbě. Postupně, jak sebedůvěra klienta rostla, bylo zapotřebí méně podpory, procházky se prodlužovaly a měnily směr. Nakonec klient začal procházet celé zařízení a dokonce začal chodit do jídelny (nejprve jen na jedno jídlo). Z různých činností, které mu klíčová pracovníce průběžně nabízela, si klient asi po půl roce vybral kontakt se zvířaty (svěřil se, že měl vždy velmi rád psy), začal tedy navštěvovat canisterapeutická sezení, která se v DZR pravidelně pořádají, a na které se teď klient moc těší. Díky komunikaci se psy, začal komunikovat s dalšími třemi klienty, kteří se sezení také účastní. To byl další posun začlenění se mezi ostatní klienty a navázání nových kontaktů. Nejen z tohoto důvodu zastávám názor, že pokud je pracovník vyrovnaný, má s klienty trpělivost a dokáže s nimi dobře komunikovat, umí snáz zaujmout ideální postoj, při kterém pozitivně reaguje a snáz podstupuje některá

rizika. Například i ta rizika, která byla v rozhovorech některými pracovníky vyhodnocena jako méně vhodná nebo dokonce nepřijatelná.

S touto problematikou se zabývá také odborný článek s názvem *Does the daily choice making of adults with intellectual disability meet the normalisation principle?* (Smith, Morgan, Davidson, 2009). V rámci normalizačního principu bylo zkoumáno 198 zdravých osob a 59 osob s mentálním postižením. Na otázku, zdali má normalizační princip vliv na každodenní rozhodování osob s mentálním postižením, můžeme konstatovat, že převážně ano. Mentálně postiženým by měla být poskytnuta taková míra volnosti, jakou jim umožňuje jejich handicap. Pro lepší představu uvádíme principy normalizace, které do osmi požadavků konkretizoval Nirje.

- Normální denní rytmus s pravidelným spánkem a s pravidelnou dostačující stravou.
- Normální běh života se zajištěním školní docházky, bydlení a podmínek k rekreaci.
- Normální rytmus roku, v němž mají místo prázdniny a rodinný život
- Příležitost prožít normální etapy života. Děti by měly žít v teplé, laskavé atmosféře bohaté na smyslové podněty a ve vyváženém prostředí. Mládež by měla žít ve světě pro ni strukturovaném a získávat významné sociální zkušenosti i mimo školu. Jejich zkušenosti by měly být získávány prostřednictvím interakce a běžným sociálním prostředím.
- Touhy a přání mentálně postižených by měly být brány v úvahu a respektovány.
- Právo na život v bisexuálním světě a přiměřený kontakt pohlaví.
- Právo využívat výhod normálního ekonomického standardu, jako jsou dětské přídatky, osobní důchod, minimální mzda.
- Právo žít v zařízeních, která mají stejný standard jako zařízení využívané ostatní společností.

Třetí vědecká otázka, kterou jsme si stanovili, zněla *„Lze na základě zvolených metod potvrdit, že dotazovaní zaměstnanci považují podstupování situací s potencionálním rizikem za užitečné a pozitivní v procesu empowermentu u jedinců s mentálním postižením?“*

Všichni dotazovaní pracovníci se shodli, že podstupování situací s potencionálním rizikem považují za velmi užitečné v rámci procesu empowermentu. Z odpovědí

na dotazované otázky je téměř jisté, že se PSS snaží klienty podpořit v samostatnosti a poskytnout jim dostatečný osobní prostor. Například připomeneme-li si otázku týkající se možnosti samostatného opouštění zařízení. („*Jisté, že ji mají mít, není běžné, aby v podobných zařízeních měli klienti takovou možnost.*“). Zaměstnanci jsou svým způsobem pyšní, že DZR Terežín tuto možnost poskytuje, i když s sebou nese určitá rizika. PSS se tak snaží klientům pomoci získat dovednosti a informace, které jsou pro ně důležité a potřebné. Například Bláha a Šemberová (2004) uvádí že: „Pomáhat lidem získat dovednosti a informace potřebné pro informovanou volbu a ujištění se, že mají dostatek autority dělat rozhodnutí, která na ně samotné budou mít vliv.“ Důležitou roli v procesu empowermentu hraje tzv. klíčový pracovník, který dohlíží na to, aby klient měl zajištěnou veškerou podporu, a to i ze stran všech pracovníků. Holub (2007) říká, že klíčový pracovník reflektuje nedostatky a přichází s podněty pro hodnocení rizik. Jsem toho názoru, že tento proces je pro klienty, ale i pro zaměstnance přínosný a možná rizika klienty posilují v rámci celkového rozvoje osobnosti, důležitá je však správná podpora ze strany zaměstnanců, jak tvrdí Sobek (2010), jestliže chceme s rizikem dobře pracovat, náš pohled by měl být vyvážený.

Nutno zmínit malou velikost vzorku a tedy následné omezení v metodách, ve kterých byl využit dotazník a polostrukturovaný rozhovor. Nicméně se domnívám, že lze vyvodit tento proces jako jeden z nejdůležitějších, ve vztahu působení a vytváření pozitivního vztahu pracovník – klient. Otázkou, zda je užitečné a pozitivní podstupovat určitá rizika v rámci procesu empowermentu, se zabývá odborný článek s názvem *Increasing the Involvement of People with an Intellectual Disability in Choice Making Situations: A Practical Approach*. (Rawlings, Dowse, Shaddock, 2006). Popisují se zde 3 odlišné možnosti způsobu života osob s mentálním postižením. Soukromý (domácí) život, skupinový život v ústavech sociální péče a reakce v možných nezávislých životních situacích. Uvádí se zde faktory, které mohou ovlivnit rozhodování osob s mentálním postižením. Důležitou úlohu zde hraje podpora ze strany ostatních lidí a komunikace. Výsledek má prakticky přispět poskytovatelům sociálních služeb, aby se snažili co nejvíce zapojovat mentálně postižené klienty v rámci procesu empowermentu do různých situací běžného života.

Čtvrtá vědecká otázka, kterou jsme si určili, zkoumala kontext profesní sebejistoty pracovníků sociálních služeb. Zněla: „*Lze na základě zvolených metod usuzovat na míru*

profesionální sebejistoty pracovníků sociálních služeb v situacích, kdy mají rozhodovat o umožnění podstupování potencionálních rizik klientům s mentálním postižením?“

Na tuto otázku nelze jednoznačně odpovědět. Problematika sebejistoty pracovníků v sociálních službách souvisí s jejich postoji. Úlehla (1996) uvádí, že hledání dobra a spravedlnosti nebo hledání morálních pravd a postojů je v práci pracovníků sociálních služeb důležitým momentem, zejména proto, že pracovník je v pomoci osobně, nemůže odložit své prožívání a přitom se soustavně rozhoduje mezi možnostmi. Zdravou míru sebejistoty by měl mít každý z pracovníků sociálních služeb. Určité dávce sebejistoty pracovníků pomáhají například vnitřní pravidla, legislativní opatření nebo standardy kvality, které popisují, jak by měla vypadat kvalitní sociální služba. Bicková (2011) zmiňuje, že standardy kvality jsou sepsaným souborem pravidel a postupů, které jsou žádoucí pro cílový stav a umožňují konkrétnímu subjektu posuzovat míru jejich naplnění. Důvodem jejich vzniku byla nutnost zavedení kritérií, která jsou měřitelná z hlediska kvality poskytování sociálních služeb. (<http://eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/standardy.pdf>)

Sami pracovníci uvedli, že je důležité být v této profesi hodně sebejistý, pokud míra sebejistoty kolísá, není to dobré pro vnitřní pocit ani celkovou stabilitu při práci. Ve fázi přípravy výzkumu byly zvažovány metody sběru dat, které budou vhodné k zachycení názorů a postojů zaměstnanců, ke sporným otázkám (dilematům) při práci s rizikem v sociálních službách. Bohužel se nepodařilo najít mezinárodně uznávaný výzkumný nástroj, který by umožnil následné dobré hodnocení a komparaci získaných dat. Pokusili jsme se sestavit soubor otázek vlastní konstrukce, ve kterém pro hodnocení postojů byla využita vizuální analogová škála. Po další analýze dostupné literatury a úvaze jsme se rozhodli namísto toho nakonec využít převzatý dotazník (anketu) již dříve použitý v podobně tematicky zaměřené práci Lepeškové (2013) a data vzájemně porovnat. Zmíněná studie s názvem "Práce s rizikem v pobytových zařízeních sociálních služeb" sledovala míru sebejistoty u 38 respondentů. Naprostou míru sebejistoty pociťovali při práci s rizikem z tohoto souboru pouze dva respondenti. V naší diplomové práci odpovídalo na tuto otázku 20 respondentů, z nichž subjektivní pocit naprosté sebejistoty uvedlo 6 dotazovaných. Nicméně po vyhodnocení dotazníků a jejich vnitroskupinovém i meziskupinovém vyhodnocení se ukázalo, že jen málo respondentů využilo možnost slovního doplnění odpovědí a odpovědi nenabízejí dostatečné přiblížení reálných postojů a názorů pracovníků. Proto byl výzkum doplněn

o další šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které přinesly žádoucí rozšíření a doplnění.

Z vlastní zkušenosti vím, že je velice důležité mít oporu ve vedoucích zaměstnancích. Pokud mají nadřízení s podřízenými harmonický vztah a vzájemnou důvěru, odráží se to z velké části na práci zaměstnanců v přímém provozu. Podle mého názoru může být sebejistota pracovníka sociálních služeb negativně ovlivněna příhodou z praxe. Například neshoda s klientem kvůli financím nebo neschopnost pracovníka zabránit úrazu klienta. Pracovník si vyčítá, co se stalo, jeho sebedůvěra klesne a je velmi individuální, jak moc ho to poznamená a jak rychle dokáže svou míru sebejistoty obnovit. Důležitou součástí upevňování sebejistoty jsou vzdělávací kurzy pro pracovníky v sociálních službách, které musí pravidelně několikrát za rok absolvovat. Tyto kurzy jsou zaměřeny právě na rozvoj a posílení sebejistoty nebo se zaměřují na individuální plánování, standardy kvality sociálních služeb a další problematiku spojenou se sociálními službami. Podobnou otázku řeší odborný článek s názvem *Who Shall Decide? The Relevance of Theory and Research to Decision-making by People with an Intellectual Disability* (Jenkinson, 2006), který pojednává o možnosti samostatného konání, aneb zda opravdu mají mít osoby s mentálním postižením právo rozhodovat se samostatně v některých situacích. Ačkoli s sebou zvýšená integrace přinesla mnoho nových možností, příležitosti k větší autonomii mentálně postižených jsou stále, podle některých, zbytečně omezovány. Toto téma je tedy stále předmětem budoucích výzkumů.

6. Závěr

V této práci jsme se zabývali významem rizik pro empowerment jedinců s mentálním postižením a možnosti jeho podstupování v DZR Terezín. Jednalo se o práci výzkumného charakteru, kde byl ke zkoumání postojů pracovníků sociálních služeb využit zejména dotazník a polostrukturované rozhovory se zaměstnanci DZR Terezín.

V teoretické části je rozpracována problematika sociálních služeb, definice rizika a jeho významu pro empowerment, zmínili jsme příčiny a práva jedinců s mentálním postižením a v neposlední řadě také charakteristiku ústavní péče a přiblížili jsme vybrané zařízení, kde samotný výzkum probíhal.

Z výsledků vyplynulo, že většina pracovníků je ochotna podstupovat přiměřená rizika a vést klienty určitým způsobem k samostatnosti a částečné zodpovědnosti za sebe a své činy. Jsou ochotni připustit určitá rizika, pokud mají přinést klientům spokojenost a jsou-li činnosti klientům prospěšné. Žádný z pracovníků není v zásadě proti samostatnosti ani volnosti pohybu klientů DZR Terezín. Otázka, která vyvolala největší vlnu nespokojenosti mezi zaměstnanci, byla ta, která se týkala alkoholu. Zde se všichni zaměstnanci shodli v tom, že nesouhlasí, aby měli klienti možnost pořizovat si alkohol. Tento názor sdílím i já sama a mohu potvrdit osobní zkušenost s řadou případů narušení obecního pořádku v důsledku nadměrné konzumace alkoholu. DZR Terezín se nachází na náměstí v samém středu města a nevhodné chování (hlučné, agresivní) je z pochopitelných důvodů obyvatelům na obtíž. Líbil se mi však návrh řešení jednoho z pracovníků, který přišel s možností konzumace alkoholu klientů pod dohledem některého z pracovníků. Do budoucna je to určitě téma k zamyšlení, že by na každém oddělení měli klienti alkohol uložen u pracovníků, kteří by tak měli vše mnohem lépe pod kontrolou.

Velmi mě potěšily názory zaměstnanců, jejich schopnost empatického cítění a porozumění pro klienty v dalších otázkách. Zaměstnanci se pěkně rozpovídali o tom, jak sami celou problematiku vnímají. Nebáli se o všem otevřeně mluvit. Celkově na mě rozhovory působily dojemem, že se některým zaměstnancům ulevilo, že mohou říct svůj názor a diskutovat sporné otázky každodenní praxe. Ve svých výpovědích byli upřímní a toho si opravdu nesmírně vážím.

Závěrem konstatujeme, že výsledky práce se vztahují konkrétně na zaměstnance a klienty zkoumaného zařízení DZR Terezín. Ne všechna zařízení mají stejné požadavky a organizační řád. Přesto, že se jednalo o malý výzkum a nebyly využity standardizované metody, doufáme, že tento materiál může napomoci ostatním, kteří se zabývají významem rizik pro empowerment jedinců s mentálním postižením.

7. Použitá literatura a elektronické zdroje

1. ALLPORT, G. W. *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, 1937
2. BICKOVÁ, L. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
3. BLÁHA, J., ŠEMBEROVÁ J. *Anglický výkladový slovník vybraných odborných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-467-5.
4. BROCK, B. L. GRADY, M. L. *Avoiding Burnout: A principal's Guide to Keeping The Fire Alive*. California: Corwin Press, 2002. ISBN 0-7619-7807-0
5. DOSOUDILOVÁ, K. FRANCUCHOVÁ, M. *Typická dilemata v terénní sociální práci, pro terénní pracovníky*. In Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-503-4
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: 2008
7. HAUKE, M. *Pečovatelská služba individuální plánování*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024738499
8. HARP, H. T. *Empowerment of mental health consumers in vocational rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1994.
9. HAYESOVÁ N. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál. 1. vydání. 1998. ISBN 80-7178-198-3
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
11. HOLUB, M. *Individuální plánování služeb pro klienty*. Jindřichův Hradec: Bobelovka, 2007.
12. CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1367-1.
13. JANKOVSKÝ, J. *Etika v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
14. JEKLOVÁ, M. REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006. ISBN 80-86991-74-132

15. JONES, J. G. MOORHOUSE, A. *Jak získat psychickou odolnost*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3022-6
16. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál. 2006 ISBN 80-7367-181-6
17. KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: Anag, 2001. ISBN 80-7263-168-3
18. KRULIŠ, J. *Jak vítězit nad riziky: aktivní management rizik - nástroj řízení úspěšných firem*. Praha: Linde, 2011. ISBN 978-80-7201-835-2.
19. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5
20. LEPEŠKOVÁ, S., *Práce s riziky v sociálních službách*. Praha 2013. 74 s. Diplomová práce na UK PF. Vedoucí diplomové práce Jan Šiška.
21. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7
22. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-549-0.
23. MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-548-2.
24. MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: SPN. 1984.
25. MUSIL, J. *Sociální psychologie*. Zlín: UTB, 2005. ISBN 80-7318-292-0.
26. MUSIL J., *Úvod do sociální psychologie*. Olomouc. 1996. ISBN 80-7067-647-7
27. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno: MU, 2001. ISBN 80-210-2512-3
28. NEDĚLNÍKOVÁ, D. *Etická dilemata v terénní sociální práci*. In Profesionální dovednosti terénních sociálních pracovníků. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-504-1
29. NEDĚLNÍKOVÁ D. a kol., *Průvodce vzděláváním v sociální práci*. Tiskmorava. 2007. ISBN 978-80-7368-469-3
30. PATTISON, B. *Empowerment: A Human Resource Management Perspective*. Limerick, 1993.
31. PELIKÁN, J. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
32. PIERSON J., THOMAS M. (eds.). *Collins dictionary social work*. 2nd ed. Glasgow: Harper Collins publishers, 2002. ISBN 0-00-714396-6.
33. PRAŠKO J., PRAŠKOVÁ, H. 2007. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada. Publishing. ISBN 978-80-247-1697-8.

34. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
35. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 1999. ISBN 80-7169-828-8
36. ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. 1994. ISBN 80-85850-00-1
37. SELLARS, C. *Risk Assessment in People with Learning Disabilities*. John Wiley & Sons, 2011. ISBN: 9781119975786
38. SILLERY, R. – ed.: *Empowering People in Services for People with Intellectual Disabilities*. International Conference in Limerick. 1993
39. SOBEK, J., a kol.: *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus o. s., 2010. ISBN 978-80-254-6889-0
40. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
41. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-506-7
42. ŠVARCOVÁ, I. *Základy pedagogiky pro učitelské studium*. 1. vyd. Vysoká škola ekonomicko technická v Praze. Praha 2005. ISBN 80 – 7080-573-0
43. TICHÝ M., *Ovládání rizika. Analýza a management*. Praha: C. H. Beck. 2006. ISBN 80-7179-415-5
44. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. Praha: Slon, 1996. ISBN: 9788086429366
45. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0
46. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5
47. VALENTA, M, MÜLLER, O. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Portal. 2003. ISBN 80-7320-039-2
48. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr. 1997. ISBN 80-902057-9-8
49. VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6
50. WALTERS, N. a kol. *Empowerment indicators: combating social exclusion in Europe*. 1st pub. Bristol: Policy Press, 2001. ISBN 1-86134-334-5.

51. WEST, M., PARENT, W. *Empowerment of mental health consumers in vocational rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1994.

Elektronické zdroje:

48. *Empowerment*. [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupné z:
<http://www.rytmus.org/equal/kolo1/dokumenty/empowerment/empowerment.pdf>
49. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. [cit. 2015-11-19]. Dostupné z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
50. *Základy tvorby dotazníku. Dotazník online* [online]. [cit. 2015-11-21]. Dostupné z:
<http://www.dotaznik-online.cz/zaklady-dotazniku.htm>
51. *Otázky otevřené. Dotazník online* [online]. [cit. 2015-11-21]. Dostupné z:
<http://www.dotaznik-online.cz/otevrene-otazky.htm>
52. *Otázky uzavřené. Dotazník online* [online]. [cit. 2015-11-22]. Dostupné z:
<http://www.dotaznik-online.cz/uzavrene-otazky.htm>
53. *Motivace. Dotazník online* [online]. [cit. 2015-11-22]. Dostupné z:
<http://www.dotaznik-online.cz/motivace-vyplneni.htm>
54. *Metoda škálování. VAS*. [online]. [cit. 2015-11-26]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/hodnoceni-a-lecba-chronicke-nadorove-bolesti-464250>
55. *Individuální plánování*. [online]. [cit. 2015-12-01]. Dostupné z:
<http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/hodnoceni-individualnich-planu/>
56. *Standardy kvality*. [online]. [cit. 2015-12-01]. Dostupné z:
<http://eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/standardy.pdf>
57. *Supervize v sociálních službách*. [online]. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z:
http://www.krcentrum.cz/files/Supervize-v-socialnich-sluzbach_2b4bba6b.pdf
58. *SPMP*. [online]. [cit. 2016-02-05]. Dostupné z:
<http://www.spmp.cz/public/kapitola.phtml?kapitola=129140>
59. *Ústavní péče*. [online]. [cit. 2016-02-28] Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/200065/pedf_b/2_cast.pdf
60. CHAMBERLIN J. *A Working Definition of Empowerment* [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/chamberlin1997.pdf>

61. *Transkripce rozhovorů*. [online]. [cit. 2016-03-25] Dostupné z:
<http://www.cvut.mapovyportal.cz/kvalitativní%20metody.ppt>
62. *Metodologie pro informační studia* [online]. [cit. 2016-03-29] Dostupné z:
http://wiki.knihovna.cz/index.php?title=KISK:Metodologie_pro_informa%C4%8Dn%C3%AD_studia_a_knihovnictv%C3%AD#empirick.C3.BD_v.C3.BDzkum_a_jeho_definice
63. SMITH R. B., MORGAN M., DAVIDSON J., *Does the daily choice making of adults with intellectual disability meet the normalisation principle?* [online]. [cit. 2016-03-30] Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13668250500349359?src=recsys>
64. RAWLINGS M., DOWSE L., SHADDOCK A., *Increasing the Involvement of People with an Intellectual Disability in Choice Making Situations: A Practical Approach*. [online]. [cit. 2016-03-30] Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0156655950420205?src=recsys>
65. JENKINSON J. C, *Who Shall Decide? The Relevance of Theory and Research to Decision-making by People with an Intellectual Disability*. [online]. [cit. 2016-03-30] Dostupné z:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02674649366780351?src=recsys>

Příloha 1

Dotazník pro zaměstnance

Dobrý den,

Děkuji Vám za ochotu účastnit se tohoto výzkumného šetření.

Cílem šetření je zhodnotit subjektivně vnímaná rizika práce v sociálních službách a přispět tak k dalšímu vědeckému zkoumání.

Účast v šetření je dobrovolná a veškeré výsledky budou shromažďovány a prezentovány při zachování anonymity účastníků.

Bc. Alena Hájková

Alca-hajkova@seznam.cz

Pokyny k vyplnění:

Prosím odpovězte na následující otázky zaškrtnutím vhodné možnosti nebo doplněním Vaší odpovědi do prázdného pole, podle toho, jak je v otázce uvedeno. Pokud byste rádi sami dodali své připomínky, využijte prázdné pole po pravém kraji každé položky s možností vyjádření.

Pokuste se o pravdivé zodpovězení všech otázek.

Děkuji za Váš čas.

Alena Hájková

Základní údaje o účastníkovi dotazování:

1. Muž: Žena:
2. Věk:
3. Dokončené vzdělání: - ZŠ - vyučen(a) - SŠ - VOŠ - VŠ

Odborné zaměření

(zaškrtněte všechny platící možnosti):

- pracovník v sociálních službách
- sociální pracovník
- zdravotník - fyzioterapeut - lékař - zdravotní sestra

Na oddělení kde pracujete, je počet klientů:

1. Do 20
2. Do 30
3. Do 40
4. Do 50

Na vašem pracovišti (oddělení) je snižená soběstačnost klientů z důvodů:

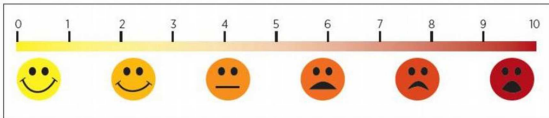
1. Věku
2. Chronického duševního onemocnění
3. Závislosti na návykových látkách
4. Alzheimerovy choroby
5. Oligofrenie (vývojové mentální postižení)
6. Jiné

Typ postižení klientů s mentálním postižením:

1. Lehké
2. Střední
3. Těžké

Jak dlouho vykonáváte tuto profesi:

1. 1 – 5 let
2. 6 - 10 let
3. 11 – 15 let
4. 16 – 20 let
5. Více jak 20 let

Otázka	Možnost vyjádření																				
<p>1. Všichni lidé s mentálním postižením jsou schopni adekvátním způsobem jednat v rizikových situacích, pokud v tom jsou podporováni</p> <p style="text-align: center;">Je pravda Není pravda</p>																					
<p>2. Na adekvátní rozhodování lidí s mentálním postižením v rizikových situacích mají vliv dostatečné rozumové schopnosti</p> <p style="text-align: center;">Je pravda Není pravda</p>																					
<p>3. Zbavení/omezení způsobilosti k právním úkonům lidí s mentálním postižením má vliv na adekvátní rozhodování těchto lidí v rizikových situacích</p> <p style="text-align: center;">Je pravda Není pravda</p>																					
<p>4. Jste sebejistý/á při práci s rizikem s lidmi s mentálním postižením? (prosím, označte míru sebejistoty křížkem)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Naprostá sebejistota Žádná sebejistota</p>																					
<p>5. Které z následujících možností mohou být prospěšné při postupu práce s rizikem u lidí s mentálním postižením?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">vždycky</th> <th style="width: 15%;">někdy/občas</th> <th style="width: 10%;">nikdy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Identifikace rizik</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Posouzení rizika</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Návrh řešení</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Vyhodnocení</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		vždycky	někdy/občas	nikdy	1. Identifikace rizik				2. Posouzení rizika				3. Návrh řešení				4. Vyhodnocení				
	vždycky	někdy/občas	nikdy																		
1. Identifikace rizik																					
2. Posouzení rizika																					
3. Návrh řešení																					
4. Vyhodnocení																					

<p>6. V souvislosti s vnímáním rizika u lidí s mentálním postižením se rozeznávají 3 stupně rizik. (prosím o jejich stručné vymezení)</p> <p>přiměřené riziko</p> <p>zvýšené riziko</p> <p>nepřijatelné riziko</p>	
<p>7. Jaká dokumentace u lidí s mentálním postižením je používána při práci s rizikem na vašem pracovišti? (prosím, vypište odpověď)</p>	
<p>8. Pokud máte další připomínky či komentáře, prosím, uveďte je.</p>	

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha 2

Polostrukturovaný rozhovor

1.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost řídit si sami denní režim?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost si sami řídit denní režim?

2.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost sami si vydělávat peníze?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost sami si vydělávat peníze?

3.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost manipulovat sami s penězi?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost sami manipulovat s penězi?

4.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost opouštět zařízení dle své volby?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost opouštět zařízení dle své volby?

5.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost samostatně cestovat?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost samostatně cestovat?

6.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost setkávat se s opačným pohlavím?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost setkávat se s opačným pohlavím?

7.

a) Mají klienti s MP, se kterými pracujete, možnost nakupovat alkohol?

b) Domníváte se, že mají mít klienti s MP, možnost nakupovat alkohol?