

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ
POSTIŽENÉ NA PLZEŇSKU**

Bakalářská práce

ANETA VÁCHALOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, Ph.D.

Praha 2015



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Váchalová Aneta
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 1. 7. 2015 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Vývoj ústavní péče o mentálně postižené na Plzeňsku

*The Development of Institutional Care for the Mentally Disabled in
the Pilsen Region*

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

V Praze dne: 9. 7. 2015


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v seznamu, který je součástí této bakalářské práce.

Dále prohlašuji, že veškerý software, použitý při řešení této bakalářské práce je legální a souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům

.....
podpis

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Jitce Němcové, PhD. za cenné profesionální rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji PaedDr. Petrovi Štainiglovi a Ing. Kateřině Šimkové za poskytnutí dokumentů nezbytných ke zpracování této práce a hlavně za zodpovězení veškerých dotazů.

ABSTRACT

VÁCHALOVÁ, Aneta. *Vývoj ústavní péče o mentálně postižené na Plzeňsku*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Praha. 2015. 44 s.

Hlavním cílem bakalářské práce je ukázat jak historicky ústavní péče probíhala a jaké měla spojení s ošetrovatelskou péčí. Vytvořit celkový pohled z historických ukázek jak to v jednotlivých obdobích probíhalo a poskytnout srovnání se současností. V současné době je snaha o minimalizování ústavní péče a postupné přecházení na domácí, rodinnou péči. Hlavním principem zajištění této péče je zajistit komunitní péči v podobě podpory rodinných příslušníků. Předložená bakalářská práce je zaměřená na vývoj ústavní péče o mentálně postižené v Plzeňském kraji. Jsou zde popsány skutečnosti o vývoji ústavů na Plzeňsku a změny v přístupu v péči o mentálně postižené jedince. Detailně popsáno Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch, jeho cíle, poslání a péče o zdravotně postižené klienty. V poslední části je popisována transformace jako pojem a její využití v praxi.

Klíčová slova

Mentální retardace. Transformace. Uživatel. Ústavní péče. Vývoj.

ABSTRACT

VÁCHALOVÁ, Aneta. *The Development of Institutional care for the Mentally Disabled in the Pilsen Region*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD. Prague. 2015. 44 pages.

The main objective of bachelor thesis is to show, how historically the institutional care was proceeded and which connection did it have with nursing care. By examples of various historical periods to create an overall view and enable a comparison with present. Currently there is an effort to minimize the institutional care and successively move on home care. The main principle of ensuring this care is to provide community-based care in the form of support for family members. This bachelor thesis is focused on the development of institutional care of the mentally handicapped in Pilsen Region. The facts about development of institutions in Pilsen region and also changes in approach to care of mentally handicapped individuals are described. The Centre of residential and field social services in Zbůch is described in detail. Concretely its goals, mission and its care of disabled clients. In the last part, term transformation and its use in practice is described..

Key words

Development. Institutional care. Mental retardation. Transformation. User.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

ÚVOD.....	10
1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	11
1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE VYJÁDŘENÁ INTELIGENČNÍM KVOCIENTEM	12
1.1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE DRUHU CHOVÁNÍ	13
1.1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE ČASOVÉHO HLEDISKA	13
1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ JEDINCE	14
1.2.1 STŘEDOVĚK	14
1.2.2 NOVOVĚK	15
1.2.3 POČÁTKY SYSTEMATICKÉ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ	15
1.3 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ PŘED ROKEM 1989 V ČESKÉ REPUBLICE	17
1.4 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ PO ROCE 1989 V ČESKÉ REPUBLICE	18
1.5 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVŮ V PLZEŇSKÉM KRAJI	19
2 CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍ SLUŽEB ZBŮCH	30
2.1 POSLÁNÍ, CÍLE A CÍLOVÁ SKUPINA	32
2.2 ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	34
2.3 REHABILITAČNÍ PÉČE	35
2.4 PROCES TRANSFORMACE	39

3	SOUČASNÉ MOŽNOSTI PRO MENTÁLNĚ42	42
	POSTIŽENÉ	42
3.1	DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICE	43
3.1.1	ZAHRAŇIČNÍ ZKUŠENOSTI	46
3.1.2	KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE ÚSTAVNÍ PÉČE	47
	PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	
3.1.3	MOŽNÉ PŘEKÁŽKY REALIZACE PROCESU TRANSFORMACE	48
	ÚSTAVNÍ PÉČE	
4	DISKUZE.....50	50
4.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	52
	ZÁVĚR53	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY54	54
	PŘÍLOHY	

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek 1 Centrum pobytových a terénních služeb Zbůch	31
Obrázek 2 Tělocvična pro rehabilitaci	35
Obrázek 3 Fyzioterapie	36
Obrázek 4 Elektroterapie.	36
Obrázek 5 Hydroterapie	37
Obrázek 6 Fototerapie	37
Obrázek 7 Ergoterapie	38
Obrázek 8 Hipoterapie	38
Obrázek 9 Canisterapie	39

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

IQ inteligenční kvocient

PNF propioceptivní neuromuskulární facilitace

SRT synergetická reflexní terapie

SMS senzomotorická stimulace

(VOKURKA, 2009)

ÚVOD

Mentální retardace a péče o mentálně postižené je téma, o kterém se psalo již v historii a o kterém se stále více mluví i píše i v odborné literatuře. Předložená bakalářská práce obsahuje problematiku sociální péče a péče o mentálně postižené. Při pohledu na vývoj ústavní péče o osoby s mentálním postižením, lze konstatovat, že prošel určitým vývojem. Pouze charitativní péče uspokojování základních biologických potřeb se v začátcích sociální péče ukázalo, jako velmi malá podpora a pomoc. Přes humanizaci a poskytnutí dalších typů pomoci (zlepšení zdravotní péče, bydlení v institucionálních zařízeních – bydlení v ústavech) se ukázalo, že společnost by měla zvýšit zajištění pomoci a podpory přímo v rodinách. Je však otázkou zda i uživatelé, kteří jsou těžce tělesně a mentálně postižení budou využívat komunitní péči s větším využitím sociální práce a pečovatelské služby.

Cílem bakalářské práce je popsat a shrnout vývoj ústavní péče o mentálně postižené od prvních zmínek až po současnost. Práce je historicko-popisná, má teoretický charakter. Zaměřená je na zařízení v Plzeňském kraji a především na Centrum pobytových a terénních sociálních služeb ve Zbůchu, zachycení vývoje, postupů a názorů společnosti na mentálně postižené v jednotlivých historických obdobích až po současnost. V rámci rešerše bylo nalezeno 12 zdrojů, ze kterých bylo 6 zdrojů vyřazeno, protože neměly vypovídající obsahovou hodnotu a zvoleného tématu se týkaly pouze okrajově.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Jde o stav trvalý, který je buď vrozený nebo částečně získaný (do 2 let dítěte) (PIPEKOVÁ, 2006).

Etiologie mentální retardace

Příčiny mentální retardace nelze určit jednotně a jednoznačně pro jejich značnou variabilitu symptomů, kvantitativní a kvalitativní rozdíly v mentálním deficitu. Genetické podmínky jsou následkem abnormality genů zděděných po rodičích, odchylek při spojování genů nebo jiných genových poruchách způsobených během těhotenství infekcemi a příliš velkým osvitem rentgenovými paprsky. Jde například o fenylketonurii někdy zmiňovanou jako vrozenou poruchu metabolismu. Fenylketonurie je jedním z druhů dědičného metabolického onemocnění a je způsobena poruchou přeměny aminokyseliny fenylolaminu na tyrosin. Downův syndrom je příkladem poruchy chromozomů. K chromozomálním poruchám dochází sporadicky a jsou způsobeny přílišným množstvím anebo nedostatkem chromozomů, případně změnou jejich struktury. Syndrom fragilního X je ojedinělá genová porucha nalézající se na pohlavním chromozomu a je hlavní dědičnou příčinou mentální retardace (www.dobromysl.cz)

Mentální postižení může být způsobeno jak příčinami endogenními - vnitřními (genetika, chromozomální postižení, dědičnost), tak příčinami exogenními - vnějšími (biologické, chemické, fyzikální faktory, komplikovaný porod, úrazy, nemoci a jiné) (RANIOK, 2001).

Výskyt osob s mentální retardací v populaci je podle Světové zdravotnické organizace 3,15 %. Toto označení je u člověka možno uvést, jestliže jsou splněny dva požadavky, snížený výkon rozumových schopností a nedostatečná adaptivita v přirozeném sociálním prostředí. Celkové poškození neuropsychického vývoje osob s mentálním postižením s sebou přináší řadu zvláštností v jednotlivých stránkách jejich osobnosti.

Poškození se dotýká procesů poznávacích, zasahuje sféru emocionální a volní, ovlivňuje adaptabilitu i chování jedince, projevuje se i ve zvláštnostech motoriky (PIPEKOVÁ, 2006).

Při klasifikaci mentální retardace je užíváno mnoho nejrůznějších hledisek.

1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE VYJÁDŘENÁ INTELIGENČNÍM KVOCIENTEM

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí IQ, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V naší zemi se ke kvalifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické nemoci vydána Světovou zdravotnickou organizací, která vešla v platnost v roce 1992:

F70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69)

F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)

F72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34)

F73 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19)

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Určení stupně deficitu prostřednictvím inteligenčního kvocientu je mechanické a nedostatečně objasňuje skutečné praktické možnosti mentálně retardovaného jedince. Důležitým faktorem intelektové úrovně by měli být praktické, sociální a pracovní dovednosti jedince s mentální retardací (PIPEKOVÁ, 2006).

1.1.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE DRUHU CHOVÁNÍ

Typ eretický (hyperaktivní, neklidný) - charakteristický především dráždivostí a neklidem. Rychle se střídá vzruch a útlum, to platí i pro citovou oblast, tyto osoby se špatně soustředí a mají slabou vůli. Jsou obtížně ovladatelní s výchovnými problémy (PIPEKOVÁ, 2006).

Typ torpidní (hypoaktivní, apatický, netečný) - všechny duševní procesy těchto jedinců probíhají velmi zpomaleně. Typická je pro ně nečinnost a nepohyblivost, nic je nezajímá ani neupoutá, nedovedou se soustředit (PIPEKOVÁ, 2006).

Typ nevyhraněný - střídání vzruchu a útlumu je u těchto jedinců relativně v rovnováze (PIPEKOVÁ, 2006).

1.1.2 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE ČASOVÉHO HLEDISKA

Vrozená mentální retardace (dříve oligofrenie), která je spojena s poškozením, odchylným vývojem nebo odchylnou strukturou nervového systému v období prenatalním, perinatálním a postnatálním přibližně do dvou let života dítěte. Získaná mentální retardace, která je procesem zastavení, rozpadu normálního vývoje, které je zapříčiněno poruchou, nemocí nebo úrazem mozku po druhém roce života dítěte. Sociálně podmíněné mentální retardace, pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace), která vzniká v důsledku negativních a nepříznivých podmínek, ve kterých dítě vyrůstá. V podnětném prostředí a včasné intervenci lze tento stav vrátit k normě (FRANIOK, 2008).

1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ JEDINCE

Určitou charakteristiku mentální retardace v starověku, můžeme najít již v Egyptských papyrových svitcích, které byly nalezeny v Thébách. Tyto svitky jsou datovány kolem roku 1900 před Kristem a popisují postižení těla a mysli, které se vztahují k úrazům hlavy a mozku. Velký lékař antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy, odlišil slabomyslnost vrozenou od získané (VALENTA, 2003).

Ve starověkém Řecku a Římě byla obvyklá infanticida dětí, jejichž zjev ukazoval na postižení rozumu a smyslů. Zatímco Římané topili tyto děti v řece Tibeře, Řekové ve Spartě je vrhali dolů ze spartských skal. V Římě měl výhradní právo života nebo smrti otec dítěte. Na počátku druhého století po Kristu bylo obvyklou praktikou prodávat děti s postižením kočovným společnostem pro zábavné účely a pro pobavení (VALENTA, 2003).

Musíme zmínit, že starověká společnost vnímala problematickými až jedince s hlubší mentální retardací a to především smyslově postižené. Dnes lehká mentální retardace ve starověku nebylo definováno, ale pokládáno za běžné (VALENTA, 2003).

1.2.1 STŘEDOVĚK

Středověk k postiženým zaujal ambivalentní postoj, na jedné straně byli „blázni a šílení“ považováni za šťastlivce, na než shlédl Bůh, na druhé straně je považovali za „zplozence ďáblůvi“. Dochází k úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. Pokles infanticidy souvisí s rozvojem nalezinců, azylů, do kterých jsou děti s postižením odkládány. Významný mezník představuje učení Johna Locka, který v roce 1690 publikuje své Eseje o lidském rozumu. John Locke se jako filozof kriticky postavil proti učení Reného Descarta a tvrdí, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska (tabula rasa), na kterou až lidská zkušenost zapisuje dojmy a informace o světě. Jako pedagog byl poté John Locke zastáncem individuální výchovy a vzdělání, které bere ohled na jedinečnost jedince (ČERNOUŠEK, 1994).

Pro psychologii má také velký význam jeho teoretické rozlišení mezi nedostatkem rozumu (slaboduchostí či mentální retardací) a šílenstvím (duševním onemocněním).

V této době vychází bestseller Kladivo na čarodějnice, který má za následek, že bylo upáleno nejen mnoho nevinných, ale také postižených (ČERNOUŠEK, 1994).

Feudální společnost přenechávala v raném středověku veškerou péči o postižené církevním společenstvem, především klášterům. Křesťanství rozhodujícím způsobem měnilo postoje lidí směrem k hlubší humanitě. Ve středověku mohla péče o mentálně postižené zahrnout jen malé množství potřebných. Opírala se především o almužnictví. Je také zajímavé, že první skutečné péče se dostalo těm, kteří vyvolali již v nejstarších dobách zvláštní pozornost - kreténům. Pro ně byl také zřízen klášterní chudobinec. První, o kterém víme, byl v Admontu na dnešním území Rakouska a byl vybudovaný salcburským arcibiskupem v roce 1074 (ČERNOUŠEK, 1994).

1.2.2 NOVOVĚK

Během 14. a 15. století se evropští lékaři seznámili s výsledky arabské vědy a tím zároveň se znalostmi starých Řeků a Římanů o duševních chorobách. Ze začátku 17. století je známá především vědecká klasifikace duševních nemocí. Jejím autorem je basilejský lékař Felix Platter. Vytvořil čtyři skupiny duševních nemocí a to poruchy vědomí, které vznikají při snížení rozumových schopností, poruchy vznikající při únavě mozku a poruchy ve stáří (ČERNOUŠEK, 1994).

V 17. století se setkáváme i se snahami pomáhat chudým a postiženým členům společnosti. Francouzský král Ludvík XIV. (1638-1715) nechal vybudovat první nemocnici pro postižené. Kněz sv. Vincent de Paul (1576-1669), vyvíjel zdravotní péči, zřídil v Paříži sirotčinec, mezi jehož chovance patřili mentálně postižení (ČERNOUŠEK, 1994).

1.2.3 POČÁTKY SYSTEMATICKÉ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ

V období po Velké francouzské revoluci a po vydání Deklarace práv člověka z roku 1793 nastal výrazný pokrok ve vztahu k postiženým. Byla zdůrazněna nutnost pomoci společnosti, což byla povinnost státu, ideje humanismu umožnily vznik a rozvoj nových názorů a postojů k postiženým členům společnosti.

Zásluhou psychiatra Filipa Pinela (1745-1826) začal boj proti špatnému zacházení s postiženými. Nastalo období přísné izolace a umístění mentálně postižených do azylů, nemocnic, útulků a pevností (VANČOVÁ, 2005).

Pinel postupně zamezil okovům, kazajkám a bičů u dozorců. Nové postoje k duševně nemocným pacientům umožnily později vyčlenit mentální postižení jak specifické onemocnění, značně rozdílné od psychóz (VANČOVÁ, 2005). Pinel byl první, který chápal idiocii (tak označoval všechny stavy výraznější slabomyslnosti) jako psychické onemocnění, při kterém se vyskytuje opoždění v rozvoji rozumových a efektivních schopností. Vymezil tento stav jako celkové narušení funkce rozumu a smyslů různého stupně. Postupně se zlepšovala snaha pomoci slabomyslným.

Roku 1828 vzniklo samostatné oddělení pro jedince s mentální retardací při psychiatrické léčebně v Bicetre, v roce 1833 vznikla první samostatná zařízení v Paříži, dále v roce 1841 první škola pro slabomyslné v Paříži a též roce vznikl ústav pro kretény v Abendbergu ve Švýcarsku (VANČOVÁ, 2005).

V Německu se podařilo v roce 1800 oddělit státní káznice od blázinců, takže choromyslní byli i prostorově odděleni od trestanců. Ústavy byly často zřizovány v uzavřených kláštrech. Obdobný vývoj probíhal i v Rakousku. Pacienti byli děleni na vyléčitelné a nevyléčitelné, byli však ubytováni společně. Později se podařilo tyto skupiny alespoň částečně oddělit tím, že byly zřizovány prostorově oddělené léčebny (pro vyléčitelné) a opatrovny (pro nevyléčitelné). Ústavní psychiatrie první poloviny 19. století vyústila modelem „relativně spojených léčeben a opatroven“, kde jsou všichni duševně nemocní soustředěni pod jednou střechou (SCHOTT, 1994).

Vlastní počátky péče o mentálně postižené u nás začínají v roce 1871, kdy byl v Praze zřízen první ústav “pro idioty”. Ústav byl založen Spolkem sv. Anny z popudu jednatelky spolku Františky Svatavy Amerlingové a jejího manžela Karla Slavoje Amerlinga, který se stal i prvním ředitelem ústavu. Po přemístění ústavu do Šternberského paláce na Hradčanech byl ústav pojmenován Ernestinum. K.S. Amerling (1807–1884) byl velkým přínosem v rozvoji péče o mentálně postižené v českých zemích, na jejich výchovu nazíral vskutku moderně (PIČMAN, 2004).

1.3 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ PŘED ROKEM 1989 V ČESKÉ REPUBLICE

Podoba ústavů, kterou měly za první republiky, byla na velmi vysoké úrovni. Ústavy byly vedeny odborníky, zdůrazňovaly komplexnost služeb - vzdělání, sociální prostředí, zdravotní péči včetně rehabilitace. Ústavy byly otevřené veřejnosti, což garantovalo zřizování spolkem (povětšinou zdravých osvědčených a zajímavých lidí) a slovo ústav nebylo nijak pejorativní. Ústavy musely z finančních důvodů udržovat kontakt s okolím. Po komunistickém převratu v roce 1948 byly do té doby smysluplné ústavy deformovány. Na spolky byla po 28. 2. 1948 uvalena národní správa, v krátké době byly spolky zrušeny a zařízení předána státu.

Řízení ústavů připadalo nejdříve ministerstvu sociální péče, pak ministerstvu zdravotnictví a za několik let, v roce 1957, přešlo do kompetence vzniklého Státního úřadu sociálního zabezpečení. Ústavy ztratily potřebu kontaktů s okolím, stávaly se uzavřenými a dokonce byly zrušeny v krajích a obcích. Spektrum služeb se redukovalo, přestalo být komplexní a tím účinné. Veřejnost ztratila na chod ústavů vliv, zájem a tím se prohlubovala izolace lidí, kteří v nich byli umístěni (PIČMAN, 2004).

Komunistický stát nabízel blízkým mentálně postižených jenom dvě varianty. První variantou byla nepřetržitá péče v domácím prostředí bez jakékoli odborné a sociální pomoci anebo ústavní péče. V zamřížovaných areálech tak skončili lidé schopní se o sebe s větší či menší výpomocí postarat. Situace začala být zmiňována a poté kritizována již po několika letech těmi, kteří se o ni zajímali (PIČMAN, 2004).

Široká veřejnost si uvědomila až po čtyřiceti letech skutečnost, která v danou dobu převažovala, a protože podobné ústavy existovaly v blízkosti nás, začala je společnost odsuzovat. Odsuzovali ústavy jako takové, namísto kritiky těch, kteří z nich to špatné udělali. A tak za dalších deset-patnáct let začaly vyrůstat již nové ústavy, vedené odborníky (PIČMAN, 2004).

O tom, že existovali i kritikové a pracovníci v zařízeních, kteří viděli neudržitelnost situace, svědčí práce kolektivu autorů, kteří v roce 1981 připravili pro ústavy sociální péče Metodiku výchovné práce v ústavech sociální péče, kterou vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí Československé republiky. V této téměř 350 stránkové publikaci najdeme kapitoly o úloze pomůcek, organizačních pokynech k výchovné práci a jednotlivé metodiky (PIČMAN, 2004).

I přesto bylo jinými odborníky poukazováno na to, že dlouhodobým pobytem v ústavním zařízení je každá osoba deprivována, sociálně izolována a může se u ní projevit syndrom ústavní závislosti (PIČMAN, 2004).

Avšak jiné možnosti v této době nebyly, neexistovala žádná jiná alternativa. O ústavech se na veřejnosti nevědělo, nepsalo a ani nemluvalo. Do revoluce, která sebou přinesla mnoho změn, už zbývalo jen pár let (PIČMAN, 2004).

1.4 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVNÍ PÉČE O MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ PO ROCE 1989 V ČESKÉ REPUBLICE

Po roce 1989 postoje společnosti k ústavům sociální péče procházely vývojem plným překážek. Ještě v předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk s mentálním postižením patří do ústavu (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2000).

Již v porodnicích byly, lékaři a dalším zdravotnickým personálem, matky dětí s postižením přesvědčovány, aby si dítě nebraly domů, aby se neutvořil žádný vztah a ihned je předaly do ústavní péče. V mnohých z nich tento přístup stále přetrvává (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2000).

Ústavní péče je již mnoho let skloňována ve všech pádech. Články a reportáže často mívají jednoho společného jmenovatele, a to je utváření pocitu hrůzy, co se v ústavech děje a jak péče o mentálně postižené v rukou nezodpovědných lidí vypadá. Je pravda, že mezi jednotlivými zařízeními jsou velké rozdíly, a to jak technické, personální i finanční. Samozřejmě, že velkou roli hraje i lidský faktor. Rozdíly jsou i ve vybavení pro pracovní zařazení a využívání volného času. Ať chceme nebo nechceme, ústavní sociální péče existuje a existovat bude.

V jaké podobě a zda proměny budou probíhat formou neustálých politických bojů, či reálných kroků, záleží na MZ a MPSV. Některé plány na jejich zrušení jsou prozatím nezodpovědné. Musíme si totiž uvědomit, že ústavní zařízení nejsou v současné době přežitkem. Nahrazují zatím chybějící prostředí, bez něhož se určitá skupina lidí nemohou obejít. Pokud by tato zařízení neexistovala, bezesporu by to ovlivnilo kvalitu životů lidí s postižením a někteří z nich by v běžném prostředí nemohli přežít (ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, 2000). Proto lze pouze přivítat skutečnost, že hlavním cílem sociální politiky v oblasti péče je deinstitualizace pobytových sociálních služeb. Deinstitualizace je zapojení osob s mentální retardací do běžné společnosti jak po stránce osobní, tak po stránce pracovního uplatnění v jednoduchých dělnických profesích. Transformace sociálních služeb byla zahájena roku 2006 (BROŽOVÁ, 2002). Tyto trendy péče o osoby s mentální retardací, které vycházejí ze zkušeností v Kanadě, rozdělujeme do čtyř modelů - lékařský model, model sociální péče, podpůrný model, model samostatného a nezávislého člověka.

Z lékařského modelu vyplývá, že postižení je lékařská záležitost, lidé s postižením musí mít péči - nejlépe v ústavu, nejsou schopni vlastního rozhodování, rozhodování je v rukou lékařské profese. Model sociální péče říká, že lidé s postižením jsou považováni za „chudáčky“. Nejsou schopni vlastního rozhodování, a proto finanční prostředky těchto jedinců jsou investovány přímo na zajištění míst v zařízeních. Bez podporování samostatnosti lidí je potlačována jejich iniciativa, která vede k závislosti na vládních institucích a na vedoucích různých programů. Podpůrný model popisuje jedince s postižením jako nesamostatný a potřebují někoho, kdo by za ně mluvil takzvaného zastávce, model uznává, že lidé s postižením mají právo se rozhodovat, ale moc rozhodování závisí na asistentovi (BROŽOVÁ, 2002).

Poslední model samostatného a nezávislého života podporuje nezávislost, lidé jsou omezováni prostředím, ne postižením a rozhodnutím je v rukou jedinců (BROŽOVÁ, 2002).

1.5 HISTORICKÝ VÝVOJ ÚSTAVŮ V PLZEŇSKÉM KRAJI

Domov sociálních služeb Liblín, p. o.

V průběhu staletí se na liblínském panství vystřídala řada významných i méně významných rodů, jejichž působení bylo pro rozvoj Liblína střídavě přínosné i nepříznivé.

Zámek i velkostatek v roce 1940 převzala německá správa, která veškerý nábytek, vzácné obrazy a porcelán odevzdala do nacistické Říše. V zámku byl zřízen takzvaný Mutterheim - domov pro svobodné německé matky. V roce 1945 převzal zámek Okresní národní výbor Kralovice. V roce 1947 fungoval objekt jako ozdravovna pro děti horníků Středočeských uhelných dolů Kladno.

V letech 1948-1949 zde našla místo Krajská politická škola Rudolfa Slánského. Od roku 1950 zde byla II. interna Státní fakultní nemocnice Plzeň, se 120 pacienty. O rok později byli pacienti přestěhováni do zařízení v Sadech 5. května v Plzni, kde byl tehdy Ošetřovací ústav pro dospělé. Uživatelé sociální péče byli přemístěni do Liblína.

Od tohoto data začal zámecký areál sloužit jako ústav sociální péče. Ústav spravoval Jednotný národní výbor Plzeň až do roku 1960, kdy byla územní reorganizace.

K ústavu byl připojen penzion a byly zakoupeny domky, ve kterých byli umístěni chodící uživatelé. V ústavu tehdy žilo 202 uživatelů, o které pečovalo 61 zaměstnanců a 1 lékař. Při územní reorganizaci, v roce 1960, se stal zřizovatelem ústavu Okresní národní výbor v Rokycanech, odbor sociálních věcí a zdravotnictví. V roce 1965 byly v zámeckém parku postaveny dva dřevěné objekty - finské domky, které sloužily pro ubytování osmnácti řádových sester a uživatelů. Řádové sestry zde pracovaly jako ošetřovatelský personál.

V roce 1992 proběhla rozsáhlá rekonstrukce zámku, ústav obývalo 105 uživatelů sociální péče a zřizovatelem se stal Okresní úřad Rokycany. V červnu téhož roku byla zrušena pobočka v Křiších s 54 uživateli sociální péče, kteří byly přemístěny do Liblína. Od 1. 1. 2013 se stal zřizovatelem ústavu Krajský úřad Plzeňského kraje se sídlem v Plzni (www.dssliblin.cz).

Dům sociální péče Kralovice, p. o.

Základy dnešního Domu sociální péče byly položeny již v roce 1918. V tehdejším rozmachu podnikání po skončení I. světové války zde začal Čechoameričan Kondelík budovat továrnu na obuv. Svůj záměr nedokončil, zadlužil se, a vrátil se zpět do Ameriky. Rozestavěná budova připadla městu Kralovice. To dokončilo stavbu a budovu věnovalo hospodářské škole, která dosud neměla své vlastní sídlo. Dráhu zaměřenou na pomoc bližním

započala dnešního zařízení na samém sklonku II. světové války. Dne 28. 4. 1945 sem bylo přivezeno prvních 37 zachráněných z pochodu smrti koncentračního tábora Buchenwald. Vězni tu dlouho nepobyli, již koncem června 1945 byli zbývající nemocní převezeni do nemocnice v Rakovníku a nemocnice v Kralovicích byla zrušena.

V roce 1954 proběhla adaptace budovy a ta se stala nemocnicí s radostným posláním, porodnicí. Od 9. října 1954, kdy byl zahájen její provoz, až do roku 1962 se zde narodilo více než 2000 dětí. Mnoho dnes již dospělých občanů msta a širokého okolí má v rodném listu uvedeno Kralovice. Po skončení funkce porodnice zařízení sloužilo dále jako interní oddělení.

S výstavbou Léčebny dlouhodobě nemocných bylo započato 25. 6. 1975, stavba byla dokončena v roce 1977. Dvě oddělené budovy komplikovaly provoz, a proto byla v letech 1978 až 1980 postavena spojovací chodba. Tím došlo ke spojení v jeden celek a celý objekt byl dán do užívání 29. 2. 1980. Léčebna dlouhodobě nemocných měla k dispozici 16 pokojů. Údaje o počtu lůžek se v dochovaných pramenech rozcházejí. Někde se uvádí 80 lůžek, jinde pouhých 60 lůžek.

Léčebna byla vybavena odpovídajícím zdravotnickým zařízením a přístroji, včetně rehabilitace. Na podzim roku 1981 byla zahájena přístavba druhého patra nemocniční budovy. Dokončena byla v únoru roku 1985 a na ni navázala další etapa budování, a to výstavba bazénu pro rehabilitační účely.

Léčebna dlouhodobě nemocných tak poskytovala zdravotní péči v rámci Okresního ústavu národního zdraví Plzeň - sever až do roku 1994, kdy se stala příspěvkovou organizační Okresního úřadu Plzeň - sever. K 1. 8. 1995 byla léčebna transformována na Domov důchodců s ošetrovatelskou péčí, čímž došlo k přechodu z oblasti zdravotnictví do sféry sociálních služeb (www.dspkralovice.cz).

Zřizovatelem byl Okresní úřad Plzeň - sever, který domov dál transformoval k 1. 1. 1997 na Ústav sociální péče pro mentálně a tělesně postižené dospělé občany. V roce 2001 došlo k další významné úpravě budovy, jež přinesla zkvalitnění života uživatelů, a to k přestavění společenského sálu. Ten slouží ke společenskému využití, posezení s návštěvami, pořádání aktivizačních programů a k terapeutickým účelům. Od roku 1. 1. 2003 převzal zřizovatelskou

funkci krajský úřad Plzeňského kraje. Současný název Dům sociální péče p. o. nese zařízení od roku 2007 (www.dspkralovice.cz).

V rámci zvyšování kvality poskytovaných služeb byla rozšířena ubytovací kapacita nástavbou pavilonu. Nově jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje s nezbytným sociálním zázemím nenavýšily kapacitu, ale zlepšily kvalitu ubytování na úkor vícelůžkových pokojů. Nová část byla předána do užívání 19. 2. 2008.

Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod, p. o.

V roce 1963 vznikl Ústav sociální péče pro postiženou mládež ve věku 12 až 26 let, která byla zbavena právní způsobilosti. V areálu se nacházely dvě budovy. V jedné byly ubytovány řádové sestry, které sloužily až do roku 1989, kdy musely odejít na Slovensko.

V roce 1968 se postavila hlavní budova se třemi patry. V dalších letech byl ústav sociální péče dán pod Okresní ústav sociální služeb, areál se rozrostl o další dvě budovy. V té době nejvyšší počet uživatelů byl 245. Na pokojích žilo šest až sedm chlapců či dívek. Zařízení se bralo jako zdravotnické a tomu odpovídaly i předpisy. Do ústavu docházel praktický lékař, neurolog a zubní lékař, který zde měl vlastní ordinaci (BOŘÍKOVÁ, 2012).

Klienti chodili ve stejném oblečení, pouze vycházkové se odlišovalo. Strava byla na výborné úrovni, zelenina a ovoce, dříve nedostatkové zboží se podávalo pravidelně celý rok. Návštěvy byly dle ministerstva povoleny jen 1krát za měsíc. Na prázdniny si však rodiny mohli vzít se příbuzné i na delší čas. Na každém oddělení byla staniční sestra s personálem (sanitárkami), každý chodil v bílém oblečení. Pouze na dvou odděleních pracovaly vychovatelky, jeden z učitelů učil i více schopné klienty psát a počítat (BOŘÍKOVÁ, 2012).

Ergoterapeutické dílny v této době neexistovaly, ale dbalo se o to, aby každý (vyjma nejvíce postižených uživatelů) byl zapojen do nějaké práce. Na zahradě se pěstovaly léčivé byliny, zelenina pro kuchyni a ze zbytků se vykrmovala prasata (BOŘÍKOVÁ, 2012).

Méně postižení klienti jezdili na brigády do JZD. Někdo pomáhal v kuchyni, prádelně, na odděleních - podle své schopnosti. Až v roce 1990 byly přijaty vychovatelky, které měly

na starosti pracovní rehabilitaci. Změnil se také celkový pohled na práci s mentálně postiženými lidmi, používají se jiné metody péče, výchovy či vzdělání (BOŘÍKOVÁ, 2012).

Domov pro osoby se zdravotním postižením Bystřice nad Úhlavou, p. o.

Informace z uskutečněného rozhovoru s paní ředitelkou Domova pro osoby se zdravotním postižením Bystřice nad Úhlavou Ing. Kateřinou Šimkovou.

Dne 12. 8. 1950 došlo k předání budovy ze strany charity do držby vojenské správy a útvaru 1103 Janovice nad Úhlavou. Do kláštera se nastěhovala armáda, která již obývala nedaleký zámek. Sídliila zde do doby, než byla dostavěna kasárna v Janovicích nad Úhlavou. Armáda zůstala v klášteře do 25. března 1957 a značně ho zdevastovala. Školské sestry de Notre Dame se do Bystřice vrátily v roce 1957 a působily zde do roku 1984.

Do provozu byl uveden Dětský ošetrovací ústav pod správou České katolické charity roku 1958. Ústav byl tehdy zřízen za účelem ústavní péče pro případy nehodící se do zvláštních domovů a léčeben, zejména pro umístění oligofrenních dětí. Do konce roku 1958 již obývalo ústav 50 mentálně postižených dětí. Péči o sto dětí a tři chovanky zařizovalo devatenáct řeholních sester, které byly na pozicích vychovatelek, sanitárek a zdravotních sester. Dalších čtrnáct sester se staralo o další pomocné práce jako praní prádla, úklid a další.

Roku 1988 došlo k přejmenování zařízení na Ústav sociální péče pro děti a mládež, který byl určený pro děti s duševní nebo též kombinovanou vadou od tří do dospělosti. V Bystřici tehdy žilo 250 osob, bylo zde vyčleněno deset míst k diagnostickým účelům. V roce 1995 se původní budova rekonstruovala, rozšířila o nástavbu, propojila se a hlavní budovou a stala se bezbariérovou. Od roku 2005 se stala ředitelkou bystřického domova Ing. Kateřina Šimková, která se společně se svými pracovníky snaží objekt zmodernizovat a zlepšit životní úroveň uživatelů. Dne 7. 3. 2007 došlo k přejmenování Ústavu sociální péče na Domov pro osoby se zdravotním postižením Bystřice nad Úhlavou.

Z důvodu nízké poptávky po službě denního či týdenního stacionáře došlo ke změně využití budovy stacionáře a slouží k ubytování uživatelů s celoročním pobytem. Domov je příspěvkovou organizací Plzeňského kraje.

Diakonie českobratrské církve evangelické, p. o.

V Čechách byl průkopníkem diakonie již v polovině minulého století krabčický farář Václav Šubert, který v roce 1864 zřídil první stacionář pro děti a v roce 1874 stál u zrodu první diakonické organizace u nás, jež byla nazvána Evangelická společnost pro dobročinnost křesťanskou (existovala pod názvem Českobratrská společnost pro dobročinnost křesťanskou až do roku 1951).

Později vznikla řada diakonických spolků, které provozovaly sociální ústavy a poskytovaly sociální, výchovné a zdravotnické služby (zejména ve 20. a 30. letech tohoto století).

Nejnámějšími spolky byly: Dobročinný spolek MARTA v Čáslavi, Letní tábor J.A. Komenského, Masarykův dobročinný spolek péče o sirotky, Obecně prospěšné českobratrské družstvo pro sociální ústavy v Myslibořicích, Společnost pro učitelské ústavy v Čáslavi, Spolek pro výchovu chlapců v Mladé Boleslavi.

Zvláštní význam mezi tehdejšími spolky měla Česká diakonie, evangelický spolek pro ošetřování nemocných a sociální péči (založený roku 1903). Tento spolek vychovával a pověřoval k sociální službě ženy a dívky bez rodinných závazků (sestry diakonky), které se dobrovolně rozhodly v duchovním společenství sester sloužit potřebným, a provozoval ústavy sociální péče. V prvních letech před vznikem Českobratrské církve evangelické pověřovali diakonky faráři jménem církve. Svým posláním navazovala Česká diakonie na působení mateřského domu v německém Kaiserswerthu v druhé polovině minulého století.

Česká diakonie vychovala celkem 143 diakonek, které působily nejen ve spolku samém a v jeho zařízeních, ale též ve veřejných nemocnicích, v církevních sborech a na dalších místech v sociální a zdravotní službě. Diakonky byly v minulosti páteří diakonické práce, i když nebyly jedinými pracovníky diakonie. Vedle nich působili též tzv. sborové sestry (sociální pracovnice ve sborech) a další civilní pracovníci diakonických spolků a zařízení jak profesionální, tak dobrovolní (www.diakonie.cz).

Podle statistického šetření existovalo ve třicátých letech celkem na území dnešní České republiky 836 křesťanských spolků působících v oblasti sociální, výchovné a zdravotní (hlásících se k nejrůznějším křesťanským církvím a jejich denominacím). Tyto spolky a církve samotné provozovaly celkem 211 zařízení sociální, výchovné a zdravotní péče. Zhruba v tomto rozsahu zastihl diakonickou práci v Čechách, na Moravě a ve Slezsku počátek druhé světové války, v jejímž průběhu utrpěla diakonická práce první velkou ránu. Protektorátní správa podstatně omezila, popřípadě zastavila činnost charitativních spolků. V důsledku toho se diakonická činnost některých spolků přenesla na půdu církví. V České církvi evangelické vzniklo v roce 1939 Ústředí sociální péče, které převzalo koordinaci veškeré sociální, výchovné a zdravotní péče v církvi včetně působení zařízení někdejších spolků (jeho prvním ředitelem byl Jaroslav Sochor). Následky této první politicky vynucené restrikce diakonické práce již nikdy nebyly plně odstraněny .

Po druhé světové válce byla diakonická práce znovu rozšiřována s nebývalým nadšením, avšak zůstala již centrálně řízena církevním ústředím (jeho druhým ředitelem se stal doktor. Eugen Zelený).

Poprvé byly diakonií spravovány také nemocnice (po bývalé německé diakonii v Československé republice), rozšiřována byla péče o staré lidi, naopak práci s osiřelými a zdravotně postiženými dětmi i rozsáhlý systém dětské prázdninové rekreace předala sama Diakonie postupně do roku 1948 státu v duchu tehdejšího všeobecného přesvědčení, že jedině stát je povolán tuto péči kvalifikovaně poskytovat (www.diakonie.cz).

Po uchopení vládní moci komunistickou stranou v únoru 1948 byla zákonem zastavena činnost všech spolků, přičemž křesťanské spolky, jejichž majetek, závazky a práva byly církve ochotny převzít, splynuly s příslušnými církvemi. Českobratrská církev evangelická převzala v letech 1950-1952 majetek i činnosti některých spolků (Česká diakonie, Letní tábor Komenského, Českobratrská evangelická společnost pro dobročinnost křesťanskou, Obecně prospěšné českobratrské družstvo pro sociální ústavy v Myslibořicích, Českobratrská jednota misijní) spolu se závazkem pečovat o jejich jmění, nezczit ho a vrátit ho v budoucnosti jeho původnímu účelu, bude-li diakonická práce obnovena (k tomu však došlo po více než 40 letech jen zčásti). Kromě toho převzala Českobratrská církev evangelická v letech 1946-1947 sociální ústavy bývalé německé diakonie v Doběticích u Ústí nad Labem a v Sobotíně u Šumperka.

První století diakonie u nás bylo násilně ukončeno k 31. 12. 1959, kdy protiprávním usnesením československé vlády bylo nařízeno a provedeno převzetí všech zbývajících sociálních domovů státem.

Ze správy Českobratrské církve evangelické bylo tehdy odňato pět domovů důchodců: v Dobčicích, Kostelci nad Černými Lesy, Krabčicích, Myslibořicích a Sobotíně. Sestry diakonky i dosavadní personál mohl ještě po několik let v domovech působit, ale nové vedení domovů bylo záhy dosazeno státem. S tímto aktem byla ukončena také činnost.

Obnovení diakonické práce v Českobratrské církvi evangelické bylo vyvoláno podněty zevnitř církve, avšak nebylo by možné bez souhlasu rozpadající se totalitní moci komunistické státní správy.

Tento souhlas byl ústně vysloven 10. května 1989 a ještě týž den usnesla synodní rada na návrh tehdejšího synodního kurátora Miloše Lešikara zřízení účelového zařízení Českobratrské církve evangelické Diakonie od 1. června 1989.

Diakonie Českobratrské církve evangelické byla založena v květnu 1989. Je organizací s celorepublikovou působností se základnou v Praze a zároveň druhou největší neziskovou organizací poskytující sociální služby. Denně je pomáháno tisícům lidí v nepříznivých životních situacích, celkově v 110 zařízeních po celé republice. Zřizovatelem je Českobratrská církev evangelická. Diakonie Českobratrské církve evangelické nabízí následující služby, Stacionář Človíček pro osoby s postižením Plzeň, Pírko pro osoby s postižením a Centrum denních služeb Plamínek, Merklín (www.diakonie.cz).

Stacionář Človíček pro osoby s postižením Plzeň

Je jednou ze sociálních služeb, které poskytuje Diakonie. Posláním denního Stacionáře Človíček a jeho programu pro děti a mládež je poskytovat ambulantní formou komplexní služby v oblasti denní péče, rozvoje znalostí, motoriky, komunikačních schopností a sociálních vztahů, a to při uplatnění individuální přístup ke specifickým potřebám jednotlivých uživatelů. Cílem je všestranný rozvoj osobnosti uživatele tak, aby kvalita jeho života ve všech oblastech dosahovala té nejvyšší možné úrovně a jeho prožitky byly podobné

zdravým vrstevníkům. Cílovou skupinou jsou muži a ženy s mentálním postižením či s kombinací mentálního a tělesného postižení zpravidla ve věku mezi 17. a 40. rokem.

Podmínka je ukončení povinné školní docházky, nemohou se již dál vzdělávat, a zaujme je nabídka služeb. Nezbytným předpokladem pro přijetí do služby je zvládnutí základních sebeobslužných dovedností buď samostatně, nebo s částečnou dopomocí (toaleta, stravování) (www.diakoniezapad.cz).

Pírko pro osoby s postižením, Merklín

Pobytová odlehčovací služba a patří mezi sociální služby, které poskytuje Diakonie. Posláním této odlehčovací služby je nabídnout časově omezené pobyty lidem s mentálním znevýhodněním a umožnit tak o ně pečujícím osobám bez obav načerpat nové síly nebo si v klidu vyřešit osobní záležitosti. Cílovou skupinou jsou lidé s těžším mentálním postižením nebo s poruchou autistického spektra ve věku od 15 do 60 let, kteří v důsledku svého postižení potřebují zajistit 24 hodinovou péči druhé fyzické osoby, protože jejich blízká pečující osoba ji na omezenou dobu potřebuje zajistit pobytovou formou.

Centrum denních služeb Plamínek, Merklín

Centrum denních služeb, které provozuje Diakonie, podporuje a pomáhá lidem se zdravotním postižením v dosažení co největší samostatnosti ve všech oblastech života a umožnit jim tak vést život obvyklý pro jejich vrstevníky. Centrum denních služeb je denní služba, poskytuje své služby od pondělí do pátku od 7.00 do 15.30. Cílová skupina jsou lidé s mentálním a kombinovaným postižením a diagnózou autismus ve věku 16 až 64 let. Hlavní cíle jsou dosáhnout u uživatelů maximální možné samostatnosti, při plnění denních činností, při sebeobsluze, stravování. Připravit uživatele na možné zaměstnání v chráněné dílně nebo na otevřeném pracovním trhu, rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Dále, aby uživatelé využívali běžně dostupné veřejné služby, aby znali svá práva a uměli si je obhájit. Naplňování těchto cílů se sleduje v individuálních plánech péče a podpory každého uživatele. Dlouhodobým cílem centra denních služeb je odstranit bariéry v budově a zpřístupnit tak prostory i pro lidi, využívající vozík či jiné kompenzační pomůcky (www.diakoniezapad.cz).

Charita Česká republika - projekt střediska sociální rehabilitace

Diecézní charita Plzeň začínala s programem sociální rehabilitace postupně od roku 2003, kdy začal fungovat program v menším měřítku (4-6 uživatelů služby) v rámci projektu Střediska humanitární pomoci.

V roce 2004 byl realizován dotazníkový průzkum mezi klienty azylového domova sv. Františka, kdy byly zjišťovány potřeby cílové skupiny a její ochota zapojit se do programu.

Hlavním poznatkem průzkumu byla deklarovaná ochota většiny respondentů zapojit se do programu práce s Plzeňskými městskými dopravními podniky. Diecézní charita Plzeň navázala spolupráci s Úřadem práce Plzeň město, a to ve dvou oblastech.

Úřad práce poskytuje dotace na mzdy uživatelům služby z prostředků veřejně prospěšných prací a dále mezi svými klienty vytipovává zvláště obtížné případy a doporučuje jim účast v programu pracovní rehabilitace.

Cílovou skupinou byly osoby v krizi, které musely splňovat podmínku registrace na Úřadu práce po dobu minimálně 12 měsíců. Během roku 2006 se do projektu zapojilo 14 uživatelů. 9 bylo úspěšných, tj. 64 %. 3 uživatelé pokračovali na smlouvu i v roce 2007.

Z celkového počtu 14 uživatelů jich 10 bylo přicházejících z Azylového domu sv. Františka. Za rok 2006 se v projektu SPR vystřídalo 13 mužů a 1 žena (www.dchp.cz).

1. 1. 2009 došlo ke změně názvu služby a to ze Střediska pracovní rehabilitace na Středisko sociální rehabilitace. V říjnu 2010 projekt vyhrál zadávací řízení veřejné zakázky Podpory sociálních služeb v Plzeňském kraji (individuální projekt), který zahájil dne 1. 11. 2010. V souvislosti s tímto je cílová skupina především zaměřena na pomoc lidem z etnických menšin, osoby z odlišného sociokulturního prostředí a osoby bez přístřeší.

Osoby v krizi, tj. osoby, které se v důsledku dlouhodobé nezaměstnanosti ocitají v nepříznivé sociální situaci a jsou ohrožené sociálním vyloučením, popřípadě jsou sociálně vyloučené, zůstávají jako cílová skupina v možné třetinové kapacitě služby.

Vzhledem k tomu, že v projektu Podpory sociálních služeb v Plzeňském kraji, byla zvýšena kapacita z dvanácti klientů na osmnáct (www.dchp.cz).

2 CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH

Historie zařízení

Informace z uskutečněného rozhovoru s panem ředitelem Centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch PaedDr. Petrem Štainiglem.

Zařízení bylo samostatnou rozpočtovou organizací bývalého Západočeského krajského národního výboru. Zařízení se zaměřovalo na péči o děti a mládež s kombinovanými vadami jako jediné v České republice. Zařízení v této době plnilo své charitativní a výchovné poslání, které nevybočovalo z rámce tehdejších zvyklostí. V zařízení byla pouze zvláštní škola, internát a léčebná rehabilitace. Od ledna roku 1991 byl Ústav sociální péče pro tělesně a mentálně postiženou mládež Zbůch samostatnou rozpočtovou organizací Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky.

Po roce 1991 se Ústav zaměřil především na zlepšení kvality léčebné rehabilitace a ergoterapie, s cílem zkvalitnit a zintenzivnit rehabilitaci a zdravotní péči v raném věku. Dále se zaměřil na vytvoření širšího spektra sociálních služeb, zaměřené především na integraci uživatelů do společnosti a na větší otevřenost organizace vůči společnosti. Byly modernizovány zastaralé provozy a postupy, opravovány všechny budovy. Byl vybudován areál pro hiporehabilitaci, Chráněné bydlení ve Zbůchu, Chotěšově a Plzni - Nové Hospodě.

V tomto období zařízení zorganizovalo čtyři mezinárodní odborné semináře na téma hiporehabilitace, za účasti řady odborníků z této oblasti z domova i z dalších evropských zemí. Přednášky, v nichž byly uveřejněny i práce pracovníků zařízení, byly publikovány ve vydaných sbornících.

V rámci mezinárodní spolupráce s obdobnými organizacemi byly uskutečněny v Plzni v roce 1991 a 1998 Hry bez hranic, kde se setkali lidé s postižením ze šesti evropských států. Tento projekt započal v roce 1990 v Regensburgu v Německu a v organizování těchto akcí se poté vystřídal osm států střední Evropy.

V roce 1995 a 1996 byl zajištěn pod patronací PHARE výcvik rehabilitačních pracovníků v Bobathově metodě a výcvik socioterapeutů pro chráněné bydlení v rámci projektu Zlepšení kvality života tělesně a mentálně postižených dětí a mládeže. Bobathova metoda byla plně zapojena do činnosti rehabilitačního oddělení.

V roce 1997, po skončení tohoto projektu, proběhl seminář k problematice chráněného bydlení a deinstitucionalizace ústavní péče. Zařízení splnilo podmínky pro akreditaci vzdělávání pracovníků se zaměřením na vzdělávání asistentů sociální péče a asistentů pečovatelské služby. V trendu otevírání se institucí společnosti byla práce zaměřena na organizování akcí, které vytvářely spolupráci mezi běžnou populací a osobami se zdravotním a mentálním postižením. Jednalo se především o možnost spolupráce mezi odbornými pracovišti jako střední pedagogické a zdravotní školy, vyšší odborné školy, Západočeská univerzita v Plzni a Univerzita Karlova.



Obrázek 1 Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Po vstupu platnosti Zákona o sociálních službách byl Ústav v roce 2007 zaregistrován jako poskytovatel sociálních služeb pro sociální služby Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení, Týdenní stacionář a Denní stacionář. V dubnu 2010 byl Týdenní stacionář zrušen a v září 2010 byla zaregistrována služba Odborné sociální poradenství. Zařízení bylo v letech 2007-2013 zapojeno s dalšími 31 organizacemi ze všech krajů České republiky do projektu Podpora transformace sociálních služeb.

Od roku 2013 je zapojeno do navazujícího individuálního projektu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky Transformace sociálních služeb, který je realizován Odborem implementace fondů Evropské unie a Odborem sociálních služeb a sociální práce.

Od 1. 1. 2013 se organizace stává státní příspěvkovou organizací a současně dochází ke změně názvu zařízení na Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. Zřizovatelem i nadále zůstává Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. V roce 2013 byla rozšířena služba Chráněné bydlení o individuální chráněné bydlení v běžné bytové zástavbě na území města Plzně a v okolí, celkem v sedmi bytech. Od 1. 9. 2014 už zařízení nemá služby odborné sociální poradenství a denní stacionář. Zároveň od stejného data byly registrovány sociální služby Odlehčovací služby a Sociální rehabilitace.

2.1 POSLÁNÍ, CÍLE A CÍLOVÁ SKUPINA

Posláním Centra pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch je poskytovat pomoc a podporu osobám v nepříznivé sociální situaci, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a kterým nelze zajistit potřebnou pomoc a podporu v přirozeném sociálním prostředí. Poslání je zaměřeno na rozšíření osobních možností uživatelů, na podporu zachování a dodržení dosavadního způsobu života, na podporu využívání všech veřejných institucí, využívání přirozených vztahových vazeb a zapojení uživatelů do místního společenství a společného života.

Cílem centra je nabízet uživatelům takový rozsah služeb, který je přizpůsobený jejich individuálním potřebám a požadavkům, s důrazem na co nejvyšší míru samostatnosti a nezávislosti. Dále zajišťovat kvalitní a profesionální službu, která umožňuje uživatelům jejich maximální přiblížení k běžnému způsobu života. Podporovat samostatné rozhodování uživatelů o vlastním životě, poskytovat podle typu služby bydlení, který se nejvíce přizpůsobuje domácímu prostředí a vytvářet podmínky pro zachování soukromí (www.centrumzbuch.cz).

Mezi další cíle nepochybně patří podpora vzdělávání uživatelů, profesní příprava na povolání a uplatnění na trhu práce.

Principy poskytování služeb jsou následující. Vztah uživatelů a poskytovatele sociálních služeb je založen v souladu se zákonem o sociálních službách na smluvním základu. Uživatel je nejprve seznámen se základními dokumenty v zařízení a svými právy. Ve smlouvě si předem uživatel a poskytovatel společně dohodnou rozsah a způsob zajišťování sociálních služeb. Bezprostředně po uzavření smlouvy nastává etapa plánování průběhu poskytované sociální služby. Vytvářeny jsou individuální plány podpory, rehabilitační a ošetrovatelské plány, které uživateli sociální služby napomáhají dosáhnout stanoveného osobního cíle.

Proces plánování je flexibilní. V adaptačním procesu jsou uživatelé služby v úzkém kontaktu s odborným personálem, který řeší případné problémy bezodkladně. Uživatel si vybere klíčového pracovníka a za podpory odborného týmu plánuje budoucí cíle. Uživatel služby má možnost přizpůsobit si svůj denní program podle svých představ a zvyklostí. Uživatelé služby se mohou zapojit do rozhodování o využití služeb, zástupci uživatelů jsou členy např. stravovací komise a dalších spolurozhodujících aktivit.

Poskytováním sociálních služeb zařízení předchází sociálnímu vyloučení uživatelů se sníženou soběstačností. Každý uživatel je chápán jako individuální osobnost. Základem poskytování sociálních služeb je vždy individuální přístup personálu a jejich optimistický, citlivý a ohleduplný postoj k uživateli při dodržování veškerých platných legislativních norem a předpisů. Personál se při své činnosti řídí etickým kodexem pracovníků Centra pobytové a terénních sociálních služeb Zbůch. Veškerý personál splňuje, zákonem o sociálních službách, stanovené kvalifikační předpoklady pro výkon práce okruhu pracovníků v sociálních službách.

Uživatelům je podle jejich přání a typu sociální služby poskytováno až 5x denně stravování, potřebná ošetrovatelská, rehabilitační, sociální a terapeutická péče (www.centrumzbuch.cz).

Uživatelé mohou využít kulturní, společenské a sportovní akce podle programu, který nabízí poskytovatel nebo organizace v rámci místní komunity.

V rámci pobytu mohou uživatelé navštěvovat základní školu se speciálním vzdělávacím programem, popř. střední školu při zařízení nebo dostupnou v okolí.

Dále se uživatelé mohou připravovat na výkon povolání v akreditovaných profesních kurzech. Uživatelům je též poskytnuta podpora při zajištění méně náročné práce v dílně v zařízení anebo na otevřeném trhu práce. Uživatelé mohou též využívat Rehabilitačně-rekreační středisko v Sazamově u Domažlic. Přednostně jsou zařazováni uživatelé s nařízenou ústavní výchovou, u kterých poskytovatel spolupracuje s orgánem sociálně právní ochrany dítěte.

Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch poskytuje služby uživatelům s kombinovaným, tělesným a mentálním postižením ve věku od 1 do 64 let, kteří jsou v nepříznivých sociálních situacích a potřebují zajistit péči a podporu, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny, nebo jinými službami. Jedná se o zajištění sociálních služeb pro uživatele, kteří navštěvují základní školu se speciálním programem, roční kurzy profesní kvalifikace, kondiční ergoterapii, nebo již pracují. Charakteristickým znakem této skupiny je ohrožení sociálním vyloučením ze společnosti. U těchto osob se jedná o snížení soběstačnosti v základních životních dovednostech - zajistit si vlastními silami péči o svoji osobu, používat veřejných míst a služeb, zajistit si vzdělávání a práci. Uživatelé mají sníženou schopnost a dovednost uplatňovat vlastní právo.

Organizace využívá k dosahování stanovených cílů činností uživatelů v malých skupinách. Uplatňuje se multidisciplinární týmové práce, využívá externích spolupracovníků (odborná veřejnost, spolupracující organizace), zapojování dobrovolníků, studentů a praktikantů. Kapacita zařízení pro postižené uživatele činí 120 míst (www.centrumzbuch.cz).

2.2 ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Domov pro osoby se zdravotním postižením zprostředkovává komplexní léčebně-preventivní, zdravotně-ošetrovatelskou a léčebně-rehabilitační péči. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

Odbornou péči pro děti zajišťuje pediatr z Nemocnice u sv. Jiří v Plzni, pro dospělé MUDr. Petr Kresa. Odbornou péči dále zajišťují - neurolog, ortoped, psychiatr, gynekolog, dermatolog, zubní lékař, logoped.

2.3 REHABILITAČNÍ PÉČE

Rehabilitační oddělení v Centru pobytových a terénních služeb ve Zbůchu nabízí individuální i skupinovou terapii na základě předem vytvořeného rehabilitačního plánu. Na tvorbě plánu se podílí fyzioterapeut, ergoterapeut, neurolog, ortoped a protetik. Oddělení rehabilitace je plně vybaveno pro léčebnou rehabilitaci. Nejčastěji se v našem zařízení vyskytují uživatelé s diagnózou dětské mozkové obrny a mentálně postižení, po úrazech, uživatelé s degenerativním onemocněním.



Obrázek 2 Tělocvična pro rehabilitaci

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Fyzioterapie - mezi nejčastěji využívané fyzioterapeutické techniky a metodiky patří, Bobath koncept, PNF, SRT, SMS, Aktivní terapie v závěsu (therapy master), Bazální stimulace, kineziotaping (www.centrumzbuch.cz).



Obrázek 3 Fyzioterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Elektroterapie - zařízení nabízí elektroterapii pomocí přístroje INTELECT MOBILE.
Do elektroterapie také patří magnetoterapie pomocí přístroje BIOMAG MONADA.



Obrázek 4 Elektroterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Hydroterapie - na oddělení rehabilitace je k dispozici vířivá vana pro dolní a horní končetiny, vířivý bazén a od roku 2004 nabízí v rámci hydroterapie i rehabilitační bazén s pohyblivým dnem (www.centrumzbuch.cz).



Obrázek 5 Hydroterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Fototerapie - využívá léčebný účinek optického spektra. Uživatelům nabízí solux, biolampu, laser. Mezi přístrojové vybavení patří - (motomed, vertikalizační stůl, pohyblivý chodník, ROOMER).



Obrázek 6 Fototerapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Ergoterapie - součástí komplexní léčebné rehabilitace je ergoterapie. Ergoterapie se zaměřuje na koordinaci pohybu, zvětšení svalové síly a rozsahu pohybu horních končetin, rozvoj jemné motoriky. Nedílnou součástí je výchova k soběstačnosti v různých denních činnostech a paměťová cvičení (www.centrumzbuch.cz).



Obrázek 7 Ergoterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Hipoterapie - stimuluje pohybový systém, příznivě působí na psychiku, zlepšuje fyzickou kondici uživatele. Kůň svou přirozenou autoritou upravuje emocionální a psychické reakce. Léčebná jízda se provádí bez sedla, pouze s madly. Terapeutická jednotka trvá 10–20 min, podle zdravotního stavu uživatele. Pro terapii využíváme tři koně různé velikosti a temperamentu.



Obrázek 8 Hipoterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

Canisterapie - je forma animoterapie, kde je využíván pes jako léčebný prostředek, funguje v našem zařízení od roku 2001 a je součástí ucelené rehabilitace. Canisterapeutický tým tvoří dva psi a fyzioterapeutka s kurzem canisterapie (www.centrumzbuch.cz).



Obrázek 9 Canisterapie

Zdroj: www.centrumzbuch.cz

2.4 PROCES TRANSFORMACE

Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch již od počátku devadesátých let prosazuje myšlenku, že pro zdravotně a mentálně postižené je třeba v co nejširší míře zajistit život v běžném prostředí ve vlastním bytě a ústavní péči zajišťovat pouze ve složitých případech, kdy je vyloučena integrace pacienta zpět do života. Transformace je v tomto pojetí postavena na principech zrovnoprávnění a integrace: Zrovnoprávněním se rozumí uvědomění si své osoby. Klienti velkých ústavních zařízení trpí často tzv. institucionálním syndromem, tedy malým pocitem identity, zapříčiněným nutností přizpůsobit se životu v daném ústavu a naprostým nedostatkem soukromí. Chráněné bydlení pomůže klientům vymanit se ze své autonomie a uvědomit si právo vlastního rozhodování. Integrace znamená, že se klient účastní běžného života ve společnosti a vytváří si běžné sociální vazby s okolím. I k tomu je nezbytné chráněné bydlení, neboť v ústavní péči jsou lidé od běžného života izolováni. (www.centrumzbuch.cz).

Je také nutné dodržet několik zásad - vytvořit adaptační program, zbavit klienta paternalizující péče, vtáhnout ho do života, dát mu zodpovědnost, hledat možnosti jak dále zvyšovat klientovu nezávislost, vytvářet domácí prostředí, zajistit přiměřenou pracovní aktivitu.

Již v roce 1995 proto vzniklo ve Zbůchu první chráněné bydlení pro 8-10 uživatelů. V roce 1998 následovalo další v Chotěšově, jehož 10 uživatelů je zaměstnáno v prodejně

pekařských a cukrářských výrobků, a v roce 1999 přibyly další chráněné byty v Plzni, kde v současnosti žije 8 klientů, někteří dokonce v partnerském svazku. Všichni pracují, individuálně si organizují volný čas a sami se starají o svůj byt.

Samostatnost uživatelů se dále projevuje individuálním hospodaření s vlastními finančními prostředky a rozhodování o svých vlastních záležitostech. Sociální služby jsou klientům poskytovány podle jejich objednávky a pokud možno jen při úkonech, které sami nezvládnou. Snahou a cílem Centra pohybových a terénních sociálních služeb Zbůch je umožnit takto plnohodnotný život co největšímu počtu klientů.

Příběh klientky Sandry

Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch (dále CPTS) vždy kladlo velký důraz na přípravu svých klientů na samostatný život, ať už v chráněných bydleních, nebo v kvalifikačních kurzech pro přípravu do zaměstnání.

Není tedy výjimkou, že uživatelé po ukončení přípravy odcházejí a žijí svůj samostatný život. Tyto aktivity jsou podporovány právě probíhajícím projektem Podpora transformace sociálních služeb MPSV ČR (www.centrumzbuch.cz).

Sandra se narodila v roce 1992 jako jedno ze šesti dětí matky, která nepracovala, neměla žádný vlastní byt a žádný vlastní příjem. Nemohla dceři vytvořit vhodné prostředí a věnovat přiměřenou péči, proto jí byla odebrána a svěřena do péče dětského domova. Do CPTS Zbůch byla přeřazena v osmi letech.

Sandra si přála žít v rodině, ale vhodná pěstounská rodina se pro ni bohužel nenašla a rodina, kde žijí v pěstounské péči její sourozenci, ji nepřijala. V zařízení sociálních služeb se vývoj Sandry velice rychle zlepšil. Velmi úspěšně dokončila povinnou školní docházku. Je výborná a vášnivá čtenářka a současně je také velice manuálně zručná. Předloni Sandra nastoupila do rekvalifikačního kurzu Úpravy a opravy prádla. Od září 2011 pracuje v chráněné dílně pro kompletaci papírenských výrobků

Přesto by si chtěla najít vhodnější zaměstnání, kde by uplatnila svou profesní přípravu a v kurzu získané vědomosti. Zařízení sociálních služeb pomáhá svým klientům k přechodu do samostatného života.

Když nabyla Sandra plnoletosti, zažádala ve spolupráci se zařízením Magistrát města Plzně o přidělení městského bytu pro mladou ženu. Všechny administrativní úkony proběhly bez problémů a v únoru 2012 byl byt mladé ženě předán.

Od přestěhování probíhá adaptace mladé ženy na samostatný život v bytě. Zpočátku vyžadovala velkou podporu ze strany pracovníků sociálních služeb. Bylo nutné denně do bytu dojíždět, ráno pomoci Sandře odejít do zaměstnání, pomáhat s nákupy, vařením, nácvikem úklidu bytu a využitím volného času. Nyní už zvládá mnoho věcí sama.

Od počátku září 2012 bydlí Sandra se svým přítelem Davidem. Vyrůstali spolu v ústavu a trvalo nějaký čas, než došli k rozhodnutí, že chtějí žít spolu. Nyní je Sandra již mnohem samostatnější a sebevědomější, i když jí částečně chybí zodpovědnost zralé dospělé ženy. Prognóza samostatného života je u obou partnerů velice dobrá. Budou však ještě potřebovat velkou podporu a pomoc ze strany sociálních služeb, než budou úplně samostatní.

Podpora Transformace sociálních služeb je projektem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, který je financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (www.centrumzbuch.cz).

3 SOUČASNÉ MOŽNOSTI PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ

Nové aktivizační trendy v Plzeňském kraji

V České republice, stejně jako v jiných postkomunistických zemích, se přikročilo k řešení otázek lidských práv oproti ostatním zemím se zpožděním několika desetiletí. Vývoj humanizace společnosti a antidiskriminačních opatření začal v Evropě již v období po druhé světové válce. Náhled na práva lidí závislých na solidaritě a pomoci zdravé většiny se simultánně vyvíjel ve svobodných demokraciích směrem k úctě ke každému jedinci a k vědomí spoluodpovědnosti společnosti za kvalitu života každého jejího člena.

Země dnešní Evropské unie se od 70. let minulého století zabývají realizací procesu deinstitucionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany. Některé evropské státy implementovaly tyto myšlenky i do své legislativy.

Transformace - je procesem, jehož hlavním cílem je vytvořit koordinovanou síť služeb, která umožní uživateli žít život v komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní péče. V souladu s právem každého člověka na kvalitní život a také s vývojem v ostatních zemích Evropské unie je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu potřeb uživatele. Jedním z cílů Plzeňského kraje (zřizovatel zařízení) je zvýšit dostupnost takových služeb pro osoby se zdravotním a mentálním postižením, které podporují samostatnost a společenskou integraci klientů.

Zajištění komplexní péče v jednom velkém zařízení se může jevit jako výhodné. Z pohledu dopadů tohoto způsobu péče na uživatele služby ale nemusí jít o příklad optimální služby. Velký počet uživatelů znesnadňuje orientaci služby na jejich individuální potřeby. Velká koncentrace lidí s určitým zdravotním postižením a častá prostorová izolace má za následek zvýraznění odlišností těchto osob od majoritní společnosti a jejich sociální izolaci (www.mpsv.cz).

Celý proces transformace je zaměřen na změnu spočívající v tom, že sociální služby poskytované doposud v jednom centralizovaném zařízení budou poskytovány v nově vybudovaných domácnostech, chráněných bytech, případně nízkokapacitních domovech pro osoby se zdravotním postižením a uživatelé budou využívat síť sociálních i jiných služeb v běžné komunitě.

3.1 DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICCE

Evropská unie používá pojem deinstitucionalizace pro manažerský proces změny systému. V tomto materiálu je pojem používán ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem v sobě zahrnuje také obecný princip řízené změny systému a jeho směřování.

Pro realizaci procesu deinstitucionalizace je nezbytná společenská shoda završená politickým rozhodnutím a následný plán podpory tohoto procesu. Materiál koncepce podpory transformace deklaruje zájem státu na směřování vývoje sociálních služeb v České republice do podoby odpovídající vyspělým státům. Evropská unie definuje jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu. Hlavním cílem aktivit v rámci podpory transformace je zajištění nástrojů, které pomohou zařízením sociálních služeb směřovat ve svém vývoji k poskytování takových typů služeb, které odpovídají individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům.

Je nutné zdůraznit, že samotná proměna pobytových zařízení sociálních služeb je otázkou individuální volby a vývoje každého jednotlivého zařízení. Jednotlivá opatření jsou přizpůsobována potřebám konkrétních jedinců, využívajících ústavní péči, a zároveň jsou vytvářeny programy a projekty zaměřené na prevenci. Jedná se o osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé s mentálním postižením.

V České republice se těmito otázkám věnuje odborná veřejnost v posledních deseti letech. S cílem individualizace a zkvalitnění péče vznikly roku 2002 na Ministerstvu práce a sociálních věcí Standardy kvality sociálních služeb jako účinný nástroj k zavádění kvality do zařízení sociálních služeb (www.mpsv.cz).

Snaha zajistit lidská práva pro všechny bez rozdílu se projevuje od 90. let v celé naší společnosti, od místních iniciativ v původně ústavních zařízeních až po vznik nové legislativy. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, účinný od 1. ledna 2007, je prvním zákonem dodržující lidskoprávní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. Stát na financování těchto služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale dává do rukou uživatele finanční prostředky na úhradu sociální služby v podobě příspěvku na péči. Tento příspěvek je přiznán podle nutné míry podpory individuálně pro každého uživatele a to ve 4.

Předpokladem úspěchu procesu transformace je osvěta u veřejnosti i samotných uživatelů, aktivní spolupráce účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní péče, obcí a krajů. Je nutné zdůraznit, že transformace je ovšem otázkou přirozeného vývoje a volby jednotlivých zařízení a při plánovaných změnách je nutné přihlížet ke specifikům poskytování péče v jednotlivých zařízeních.

Deinstitucionalizace ústavní péče do přirozené sítě služeb v komunitě spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby chráněného bydlení, osobní asistence a také služby podpora samostatného bydlení. Nedílnou součástí tohoto procesu je zajištění následných podpůrných občanských služeb, poskytovaných člověku se zdravotním postižením přímo v přirozené komunitě. Tyto služby programově pomáhají klientům na cestě k zařazení do běžné společnosti. Rozvoj chráněného a podpory samostatného bydlení předpokládá zvýšení zájmu místních společenství o své občany se specifickými potřebami.

Proces transformace je nutné dále podpořit dostatečnou publicitou daného problému a uspořádáním informační kampaně. Důležitou aktivitou je vytváření finančních nástrojů podporujících překonávání souvisejících negativních dopadů, zejména pocitů ohrožení ztrátou zaměstnání u současných pracovníků zařízení.

U těch klientů, kteří jsou již schopni samostatně bydlet, je nutné co nejdříve zajistit samostatné bydlení. Umístění uživatelů do bytových jednotek musí odpovídat všeobecně známým normám ubytování v domovech v běžné zástavbě. V případě lidí, kteří pobývali delší dobu v ústavním zařízení, je nutné, aby celý proces byl vypracován a byly stanoveny plány jejich osobního rozvoje a začleňování do komunity a analýza rizik. (www.mpsv.cz).

Tyto plány umožní snadný průběh postupného opouštění ústavního prostředí prostřednictvím předem naplánovaných kroků, kladoucí zvyšující nároky na samostatnost člověka. Vlastní příprava na začlenění uživatele do komunity obsahuje i prvky přípravy terénu na jeho přijetí vyžadující spolupráci s veřejnými institucemi a se zajištěním sítě občanské vybavenosti. Již dnes je jasné, že určitá část uživatelů bude, i nadále potřebovat péči pobytových služeb.

Tyto služby musí být poskytovány tak, aby se přirozenému prostředí co nejvíce přibližovaly. Požadavek je charakterizován především malou kapacitou zařízení, vybavením, režimem a způsobem života klientů a umístěním v běžné zástavbě. U těchto služeb musí být vždy centrem zájmu uživatel. Základní ideou pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením je poskytování sociálních služeb v malých bytových jednotkách, jejichž management a technické zázemí, například vedení organizace, zajištění zdravotní péče či stravování je možné centralizovat v rámci aktivit jednoho poskytovatele umístěných v běžné zástavbě.

Na základě volby poskytovatele budou tato centra mít registraci na jeden nebo více typů sociálních služeb a ve svých ubytovacích kapacitách budou moci poskytovat celou škálu služeb podle individuálních potřeb uživatelů.

Poskytování více druhů služeb jedním poskytovatelem by mělo vést ke komplexnímu a také ekonomicky udržitelnému poskytování služeb podle individuálních potřeb uživatelů. Podle tohoto modelu těchto center služeb již nyní fungují některé chráněné byty, či domovy pro osoby se zdravotním postižením včetně návazných služeb, kterými jsou například poskytování podporovaného bydlení, denního či týdenního stacionáře (www.mpsv.cz).

Cílovým stavem integrace do společnosti je respektování práva občana - právo uživatele sociálních služeb na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování o otázkách běžného života. Role obce nebo obecního úřadu v procesu transformace je zejména zahajovací a koordinační. Ze stávajících zařízení vzniknou nová zařízení, která budou poskytovat přiměřené služby pro jejich uživatele a budou zahajovat vznik regionálních služeb pro lidi se zvláštními potřebami.

Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb by měly zajistit, aby síť sociálních služeb zahrnovala všechny nezbytné prvky umožňující lidem s postižením setrvat, nebo se vrátit do přirozeného prostředí. Komplex těchto služeb by měl zahrnovat zejména terénní služby typu raná péče, osobní asistence nebo podpora samostatného bydlení, služby podporující pracovní uplatnění, kombinující zdravotní a sociální služby jako je domácí péče (home care).

3.1.1 ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOSTI

Procesy deinstitucionalizace probíhají v jednotlivých státech Evropské unie, ale také například v USA a na Novém Zélandu již od 70. let minulého století. Vyspělé evropské země, zejména původní členské státy Evropské unie, nemají k procesu změn v oblasti sociálních služeb vždy stejný přístup.

Obecné trendy jsou konfrontovány s národními zvyklostmi, ekonomickou situací a podobně. Všechny evropské státy se také zabývají možnostmi podpory osob s mentálním postižením, které vyrovnávají jejich příležitosti žít život maximálně samostatně, zejména bydlet v přirozeném sociálním prostředí, vzdělávat se a pracovat.

Příklady dobré praxe reprezentují zejména Švédsko, USA, Nový Zéland a Velkou Británií. Ve Švédsku a USA bylo politické rozhodnutí transformovat pobytové zařízení zapracováno do příslušných zákonů.

Z jednání zasedání European Coalition for Community Living s názvem Právo žít v komunitě, konaného dne 17. 5. 2006 v Bruselu, kde se sešli přední odborníci na proces transformace a zástupci zemí, kde je proces transformace již realizován. Vyplývalo, že největší obavy a odpor ke změně jsou ze strany rodin uživatelů (www.mpsv.cz).

Samotné uzavření a zrušení ústavů je možné pouze v případě, je-li vytvořena dostatečná síť alternativních služeb v komunitě.

Relativně nejsnazší cesta k tomuto cíli vede přes podporu stávajících poskytovatelů ústavní péče v transformaci poskytovaných služeb na služby chráněného bydlení nebo podpory samostatného bydlení. Takto pojatá transformace poskytne zaměstnancům zařízení nové pracovní příležitosti.

3.1.2 KONCEPCE PODPORY TRANSFORMACE ÚSTAVNÍ PÉČE PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V souladu s právem každého člověka na kvalitní život a také vývojem ostatních zemích Evropské unie je nutné umožnit lidem s mentálním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházejících podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb. Znamená to především změnu dotační politiky v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování ústavní péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb, dále zaměření se na humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupný úbytek do přirozené sítě služeb v komunitě. Přesměrování investic by mělo vycházet z podpory takových sociálních služeb, které umožní lidem dosud užívajícím institucionalizovanou ústavní péči cestu do přirozených komunit a navazovat na regionální plány rozvoje sociálních služeb.

Je nutné umožnit lidem s mentálním postižením, kteří budou závislí na pomoci jiné osoby, využít takovou sociální službu, která je z přirozené komunity nevyčlení, jak se to děje v případě ústavní péče. Místo výstavby nebo nákladné rekonstrukce stávajících ústavních zařízení budou finanční zdroje směřovány k podpoře vzniku chráněných bytů a domů v běžné zástavbě. Klíčovým finančním zdrojem jsou prostředky z evropských fondů.

Humanizace stávajících pobytových zařízení znamená změnu v zaměření se na uživatele služby jako individualitu a z toho plynoucí činnosti. Účinným nástrojem v individualizaci péče jsou standarty kvality v sociálních službách, jejichž proces zavádění je třeba podporovat především v oblasti ústavní sociální péče. Při důsledném naplňování principů kvality bude docházet k pozitivním změnám v odbornosti, kvalitě a individualizaci poskytované služby (www.mpsv.cz).

Jedním z prvních důležitých kroků je přehodnocení osobní situace každého jednotlivého uživatele sociálních služeb. Přehodnocení by mělo proběhnout formou na člověka orientovaného individuálního plánování, které vychází z osobních představ uživatele a ze zjištěné míry a formy potřebné podpory. Následným krokem by mělo být utvoření diagnóz a medikace všech současných uživatelů ústavní péče. Komplexní diagnostika u lidí s mentálním postižením obsahuje diagnostiku neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, pedagogickou a sociální, stanovení úrovně psychomotorického vývoje. Na základě

této komplexní analýzy musí být vytvořeny individuální plány podpory, které by měli odrážet osobní představu jednotlivých uživatelů o vlastním životě i jejich individuální potřeby.

Dalším nezbytným krokem je revize naplňování lidských a občanských práv uživatelů, zejména ve vztahu omezení ve správnosti a ve vztahu k opatrovnictví. V České republice se stalo běžnou zvyklostí zbytečné omezování občanských práv lidí s mentálním postižením. Jsou omezovány ve svéprávnosti a opatrovnictví bývá zneužíváno, tento stav si vyžaduje pozornost a revizi.

3.1.3 MOŽNÉ PŘEKÁŽKY REALIZACE PROCESU TRANSFORMACE ÚSTAVNÍ PÉČE

Vlastní transformace sociálních služeb má zejména tři zásadní překážky. Jsou to obavy z nedostatku finančních prostředků na provedení transformace, negativismus proti změně a otázky využití stávajících ústavních zařízení. I když je možné předpokládat, že vlastní výsledek transformace přenese úpravy v celkovém rozpočtu sociálních služeb, samostatný proces transformace může ve svých počátečních stádiích znamenat nevyšší nákladů, ale tyto náklady bude možné minimalizovat, a to zejména promyšleným managementem změny a důsledným plánováním rozvoje sociálních služeb (v daném regionu metodou komunitního plánování). Reálnost těchto myšlenek, dokládají procesy transformace v jednotlivých krajích (www.mpsv.cz).

Transformace zásadním způsobem změní život nejen samostatným uživatelům, ale také personálu zařízení a lidem v jejich okolí i celé společnosti. I když navržená opatření počítají s udržení nebo dokonce s navýšením pracovních míst v regionech, mohou být přesto vnímána jako práci ohrožující a proto personálem odmítána. Strach ze ztráty různých jistot či výhod mohou vyvolat silný odpor, projevující se v místních iniciativách. Tento negativní přístup může významně omezit například účinná mediální kampaň zaměřená na místní obyvatele vyvracející jejich obavy. V plánech transformačních procesů v jednotlivých lokalitách bude nutné pamatovat i na podpůrná opatření, která tyto dopady zmírňují.

Činnost obcí by měla být soustředěna na práci zejména v oblasti poradenství, která pomáhá lidem v nepříznivé sociální situaci s důrazem na sociálně právní pomoc a ochranu.

První dotčenou skupinou lidí, kterým transformace změny život, jsou samotní uživatelé sociálních služeb a jejich rodiny. Uživatelé však nemusí ve všech případech vnímat transformační snahy jako pozitivní. Nedostatečná informovanost nebo neznalost jiných typů sociálních služeb může v uživateli vyvolávat obavy ze ztráty stávajících životních jistot. Je velmi obtížné si v těchto případech představit něco neznámého a odlišného a tato obava může v uživateli vyvolat velké úzkosti a zesílit vazbu na stávající služby, ať je jejich kvalita jakákoliv.

Z tohoto důvodu je nutné směřovat prvotní úsilí společnosti k práci s touto obavou a posílit pocit jistoty v celém procesu. Stejně tak musí být pracováno s rodinou, která nemusí být připravena, možná ani schopna přijmout svého postiženého člena zpět do rodiny. Pro tento požadavek není společné bydlení, jak by se mohlo na první pohled zdát, podmínkou, neboť většina klientů se učí žít ve vlastní domácnosti. Je vhodné se zaměřit mimo jiné na individuální práci sociálního pracovníka, zaměstnanců zařízení, ze kterého se postižený člen rodiny vrací, i dalších osob pracujících s rodinou a klientem (www.mpsv.cz).

4 DISKUZE

Změny v institucionální péči o mentálně postižené probíhají již od 90. let minulého století. V současné době probíhá projekt MPSV - Transformace sociálních služeb, který se snaží posílit kompetence lidí se zdravotním postižením, ať už žijí v ústavech, anebo je chtějí opustit. Dnes tolik aktuální individualizovaná podpora a poskytování služeb dle aktuálních potřeb klientů ovšem neznamená nutně zánik pobytových sociálních zařízení, jako spíš jejich přizpůsobení se novým standardům a podmínkám v poskytování sociální péče. I přes podporu klientů při přechodu z velkokapacitní ústavní péče do služeb poskytovaných v komunitě jich totiž podstatná část (třeba i na nátlak rodiny) bude trvat na zázemí, kterou jim poskytnou právě „Domovy“ (na které se v souvislosti se změnou legislativy přejmenovaly Ústavy sociální péče).

Významnou roli v oblasti transformace sociálních služeb hrají kraje a obce, které zřizují více než 85 % pobytových zařízení sociální péče v České republice. Na Plzeňský kraj s 574 688 obyvateli připadá 11 domovů sociální péče s 1 104 lůžky. Do procesu Transformace se v plzeňském kraji zapojily Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod, o. p. s. a Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch. V současnosti v nich dochází k rozšíření druhů sociálních služeb a ke vzniku nových forem péče, což je umožněno nejenom legislativními a ekonomickými faktory, ale i faktory společenskými, které jsou tvořeny zejména postoji intaktní společnosti, a které jsou pro transformaci péče neméně důležité. Názory na ochotu intaktní společnosti k inkluzi mentálně postižených se různí – například Kábrtová ve své práci „Jedinci s mentálním postižením ve společnosti“ uvádí, že převažuje kladný postoj k mentálně postiženým nad záporným, lidé jsou na soužití s nimi připraveni a nepovažují jejich životy za méněcenné. K opačnému závěru dospěla například Tesaříková (2012), jejíž diplomová práce „Chráněné bydlení jako prostředek k sociální inkluzi“ hodnotí inkluzi mentálně postižených jako nejsložitější. Nicméně my se domníváme, že naše společnost ještě nikdy nebyla příznivěji naladěná k potřebám handicapovaných jedinců. Samozřejmě že je k bezproblémovému soužití mentálně postižených a většinové společnosti zapotřebí mimo jiné i větší osvěta o životě mentálně postižených, jejich možnostech a potřebách, jako i o těžkostech, s kterými se musí vyrovnat jejich rodiny a okolí. K tomu nemalou měrou přispívají i „Domovy“ zapojením do komunity, pořádáním různých aktivit a akcí, na nichž se spolu setkávají jak handicapovaní, tak lidé bez handicapu.

Například Domov sociálních služeb Liblín (kterému se věnujeme v kapitole 1.5), pořádá ve spolupráci se svou patronkou Helenou Vondráčkovou kulturní odpoledne, která bezzbytku naplňují pojem „komunitní“, protože na jejich organizaci se podílejí zájmové kroužky lidí různého věku (od dětí po seniory) a všechny generace jsou zastoupeny i v řadách návštěvníků těchto oblíbených akcí. Pozitivní vliv takových akcí na integraci mentálně postižených vyzdvihuje také Schmiedtová (2012) ve své práci „Problematika integrace mentálně retardovaných jedinců do společnosti“.

Se změnou v organizaci sociální péče v domovech pro osoby se zdravotním postižením přichází nové výzvy – socializace a individualizovaná podpora klientů promítnutá do možností soužití v partnerském vztahu například vytváří nutnost sexuální výchovy mentálně handicapovaných, jejich blízkých (zejména rodičů), osob v přímé péči, ale i celé společnosti. Tomuto tématu se vyčerpávajícím způsobem ve své bakalářské práci „Sexuální výchova mentálně postižených osob v ústavní péči“ věnuje Kocihová (2010), která upozorňuje na problém tabuizování sexuálního chování mentálně postižených i ze strany odborné veřejnosti a pečujících osob. Že toto téma není pouze v teoretické rovině, můžeme potvrdit díky praxi v CPTS Zbůch, kde se i přes chybějící koncepci na státní úrovni řeší sexualitu svých klientů formou individuálního plánování. Dalším velkým úkolem je pozitivně ovlivnit myšlení veřejnosti, protože i přes velký posun ve vnímání mentálně postižených existuje celá řada předsudků vůči lidem, žijících v ústavech. Transformací sociální péče, tedy i tím, že se dnes „Domovy“ stále více otevírají směrem k většinové společnosti a zapojují se do komunitního plánování, se tento cíl daří naplňovat.

V ČR je přibližně 1 200 000 zdravotně postižených a z toho je 300 000 lidí s mentálním postižením (KEPKOVÁ, 1997). Podíváme-li se na statistiky týkající se ambulantní psychiatrické péče, pak zjistíme, že u mentální retardace (F70-F79) je vysoký podíl dětí a mladistvých - téměř 21 % z celkového počtu. V roce 2013 bylo zachyceno v ČR 2 827 nových případů s touto diagnózou. (ÚZIS, 2013) Je tedy možné se domnívat, že i přes stále se zlepšující prenatální péči je výskyt těchto diagnóz ovlivněn zejména etickými a společenskými faktory a nemá tendenci se výrazně snižovat. Je však možné (a žádoucí), aby se díky transformačnímu procesu a fungující komunitní péči děti a mladiství do ústavní péče vůbec nedostali. Pak se možná bude psát další kapitola ve vývoji ústavní péče, a to její zánik.

4.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Transformace sociálních služeb do menších institucí, které jsou z větší míry rodinného typu, se ukazuje jako optimální. K využití humanitní péče se přiklání všechny vyspělé země Evropy, proto doporučujeme zřizování více sociálních institucí, které budou dotovány ministerstvem, kraji a jinými subjekty. Jako další nedostatek je nedostatek finančních prostředků pro zajištění rodin starajících se o své postižené příbuzné, a proto by bylo žádoucí vytvoření programu zdravotního pojištění, které bude pokrývat z větší části zdravotní a ošetřovatelské služby pro tyto klienty.

Domníváme se, že lidé ve společnosti neumí nebo si nevědí rady jak s postiženými klienty jednat a pracovně spolupracovat. Bylo by vhodné vytvořit informační brožuru, která by se mohla například jmenovat – „Komunikace s postiženým na pracovišti“ a pomohla by k lepší vzájemné spolupráci a pochopení. Vždyť i mentálně či zdravotně postižení jedinci mohou být dobrými kolegy, pracovníky i přáteli s ohledem na jejich možnosti.

Jen každodenní kontakt s mentálně postiženými jedinci může odbourat různé předsudky a náhled na mentálně postižené v naší společnosti. I přes své postižení si tito lidé zaslouží prožít plnohodnotný život jako zdraví vrstevníci v rámci svých možností. Tato práce by mohla sloužit k získání všeobecných poznatků týkajících se ústavní péče o mentálně postižené. Dále by mohla být použita jako materiál k porovnání mezi ústavní péčí v minulosti a novými trendy v současnosti tzn. v dnešní době probíhající integrace mentálně postižených do společnosti prostřednictvím například chráněných bydlení.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřuje na vývoj ústavní péče o mentálně postižené na Plzeňsku. První kapitola pojednává o okruhu osob s mentálním postižením a jejich charakteristikou, etiologií a klasifikací mentální retardace. Druhá kapitola se věnuje historii v péči o mentálně postižené v jednotlivých historických obdobích až po současnost. V další části práce je představeno Centrum pobytových a terénních sociálních služeb ve Zbůch, výčet jeho služeb, cíle a poslání. Poslední část bakalářské práce je věnována novým poznatkům v ústavní péči a zaměřena především na transformaci mentálně postižených jedinců do společnosti, která je velmi aktuálním tématem. Transformace sociálních služeb do menších institucí se ukazuje jako optimální a dochází tak z větší míry k rodinnému typu bydlení. K využití komunitní péče se přiklání všechny vyspělé země Evropy.

Cílem práce je přiblížit veřejnosti historii a současnost v péči o mentálně postižené. Z poznatků, informací a literatury, ze které bylo čerpáno je vidět znatelný posun v pohledu na tyto členy naší společnosti a do budoucna, kdy při správné podpoře jistě dojde k vývoji kupředu. Ústavní péče v ČR v tom smyslu jak jí známe dnes, v podstatě vznikla během průmyslové revoluce a teprve sametová revoluce a pád železné opony posunul ústavní péči de facto z devatenáctého století do století dvacátého. Teprve nyní, v souvislosti s transformací sociální péče se v rámci pilotních projektů dostáváme na úroveň srovnatelnou se západními zeměmi a možná tak naplníme článek 19 Úmluvy OSN (2004) „Každý má právo vybrat si jak, kde a s kým bude žít“. Domníváme se, že cíl práce byl splněn.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOŘÍKOVÁ, Radka, 2012. *Sociální rozvoj uživatelů služeb domova se zdravotním postižením*. Plzeň: Diplomová práce, ZČU Plzeň, vedoucí práce: PhDr. Michal Svoboda, Ph.D.

BROŽOVÁ, Eva, 2002. *Komplex služeb pro mentálně postižené, vznik, součastnost, budoucnost - z hlediska poskytovatele o.s. Společnosti Duha*. Praha: Duha, o. s. ISBN neuvedeno.

CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH, 2013. *Cesta k životu*. [online] [cit. 15. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.centrumzbuch.cz>.

CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH, 2013. *Příběh slečny Sandry*. [online] [cit. 15. 03 2015] Dostupné z: <http://www.centrumzbuch.cz>.

CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH, 2013. *Rehabilitační péče*. [online] [cit. 15. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.centrumzbuch.cz>.

CENTRUM POBYTOVÝCH A TERÉNNÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZBŮCH, 2013. *Veřejný závazek*. [online] [cit. 15. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.centrumzbuch.cz/cz/organizaci/verejny-zavazek.php>.

ČERNOUŠEK, Michal, 1994. *Šílenství v zrcadle dějin, pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-71690-86-4.

DIAKONIE ČESKOBRAVSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ, 2015. *Centrum denních služeb Plamínek, Merklín VIZUS*. [online] [cit. 23. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.diakoniezapad.cz/nase-sluzby/denni-stacionar-a-pobytove-sluzby/centrum-dennich-sluzeb-plaminek-merklin/>.

DIAKONIE ČESKOBRAVSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ, 2015. *Pírko pro osoby s postižením, Merklín VIZUS*. [online] [cit. 23. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.diakoniezapad.cz/sluzby-diakonie-zapad/pirko-pro-osoby-s-postizenim>.

DIAKONIE ČESKOBRAVSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ, 2015. *Stacionář Človíček pro osoby s postižením Plzeň VIZUS*. [online] [cit. 23. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.diakoniezapad.cz>.

DIECÉZNÍ CHARITA PLZEŇ, 2015. *Historie projektu Středisko sociální rehabilitace*. [online] [cit. 23. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.dchp.cz/stredisko-socialni-rehabilitace-plzen/historie-strediska-socialni-rehabilitace-plzen/>.

DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, 2015. *Centrum pobytových a terénních sociálních služeb Zbůch*. [online] [cit. 15. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.centrumzbuch.cz>.

DOMOV SOCIÁLNÍCH SLUŽEB LIBLÍN, 2015. *Historie Domova sociálních služeb Liblín*. [online] [cit. 13. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.dssliblin.cz/historie/>.

DŮM SOCIÁLNÍ PÉČE KRALOVICE, 2012. *Historie*. [online] [cit. 13. 03 2015]. Dostupné z: http://www.dspkralovice.cz/pages/m1_historie.php.

FRANIOK, Petr, 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. 3. dopl. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-622-2.

FRANIOK, Petr a Jaroslav KYSUČAN, 2001. *Psychopedie - speciální pedagogika mentálně retardovaných*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-70422-47-5.

KÁBRTOVÁ, Martina, 2010. *Jedinci s mentálním postižením ve společnosti*. Diplomová práce. Masarykova universita Brno, Fakulta pedagogická.

KEPKOVÁ, Michaela, 1997. *Sešity pro sociální politiku*. Praha: Socioklub. ISBN neuvedeno.

KOCIHOVÁ, Veronika, 2010. *Sexuální výchova osob s mentálním postižením v ústavní péči*. Bakalářská práce. Jihočeská Univerzita, České Budějovice.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2013. *Koncepce podpory transformace*. [online] [cit. 23. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/>

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ BALANC, 2012. *Příčiny a prevence mentální retardace*. [online] [cit. 13. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/>.

PIČMAN, JAROSLAV, 2004. Ústavy - o čem to vlastně mluvíme. In: *Zpravodaj AÚSP*. ISSN neuvedeno.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-73151-20-0.

SCHMIEDTOVÁ, Lucie, 2012. *Problematika integrace mentálně retardovaných jedinců do společnost*. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická.

SCHOTT, Heinz, 1994. *Kronika medicíny. 1. vyd., překlad Zdeněk Bureš*. Praha: Fortuna Print. ISBN 978-80-85873-16-8.

SCHWARZE, KAREL, 1999. *K historii Diakonie ČCE*. [online] [cit. 26. 03 2015]. Dostupné z: <http://www.diakonie.cz/res/data/>.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva, 2000. *Mentální retardace - vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-71785-06-7.

TESAŘÍKOVÁ, Martina, 2012. *Chráněné bydlení jako prostředek k sociální inkluzi*. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

ÚZIS, 2013. *Psychiatrická péče 2013*. [online] [cit. 24. 07 2015]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz>

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2003. *Psychopedie - teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-73200-39-2.

VANČOVÁ, Alica, 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 978-80-9687-976-2.

VOKURKA, Martin, 2009. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-202-5.

PŘÍLOHY

Příloha A – Čestné prohlášení	I
Příloha B - Rešerše	II
Příloha C – Tabulka č. 1 - Přehled počtu domovů (ústavů) v jednotlivých krajích pro rok 2014	III

Příloha A – Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje pro praktickou část bakalářské práce s názvem Vývoj ústavní péče o mentálně postižené na Plzeňsku v rámci odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne:

.....

Aneta Váchalová



Studijní vědecká knihovna Plzeňského kraje

Vývoj ústavní péče o mentálně postižené na Plzeňsku

Bakalářská práce

Aneta Váchalová, DiS.

Rešerše
(11 knižních zdrojů, 1 internetový zdroj)

Plzeň 2015

Jazykové vymezení: čeština

Druhy dokumentů: knihy, elektronické zdroje

Počet záznamů: 12

Použitý citační styl: Harvardský styl

Základní prameny:

- Katalogy SVK Plzeňského kraje v Plzni

KNIŽNÍ ZDROJE

1. **Alica, VANČOVÁ. 2014.** *Inovácie v teórii, metodológii a praxeológii pedagogiky mentálne postihnutých.* Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-673-7.
2. **Boris, TITZL. 2000.** *Postižený člověk ve společnosti.* Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2000. ISBN 80-86039-90-0.
3. **ČERNOUŠEK, Michal. 1994.** *Šílenství v zrcadle dějin, pojednání pro inteligentní čtenáře.* Praha : Grada, 1994. ISBN 80-71690-86-4.
4. **Jarmila, PIPEKOVÁ. 2006.** *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Vyd. 1.* Brno : MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
5. **Ladislav, FEDIUK. 1911.** *Péče o slabomyslné - sbírka přednášek a rozprav z oboru výchovy a lidového vzdělání.* Praha : autor neznámý, 1911.
6. **Pavel, MÜHLPACHR. 2001.** *Vývoj ústavní péče - Filosoficko-historický pohled, 1. vyd.* Brno : Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-21025-12-3.
7. **PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Brno : Paido, 2006. ISBN 80-73151-20-0.
8. **RANIOK, Petr a Jaroslav KYSUČAN. 2001.** *Psychopedie - speciální pedagogika mentálně retardovaných.* Ostrava : Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2001. ISBN 80-70422-47-5.
9. **SCHOTT, Heinz. 1994.** *Kronika medicíny. 1. vyd., překlad Zdeněk Bureš.* Praha : Fortuna Print, 1994. ISBN 80-85873-16-8.

10. **ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2011.** *Mentální retardace - vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. (Speciální pedagogika).* Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
11. **ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2006.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., aktualiz. a přeprac. (Speciální pedagogika).* Praha : Portál, 2006. ISBN 80-73670-60-7.

ELKTRONICKÉ ZDROJE

1. Koncepce podpory transformace. *MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ.* [Online] [Citace: 23. 03 2015.] http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.

Příloha C – Tabulka č. 1 - Přehled počtu domovů (ústavů) v jednotlivých krajích pro rok 2014

Tabulka č. 1 - Přehled počtu domovů (ústavů) v jednotlivých krajích pro rok 2014

Kraje České republiky	Počet obyvatel	Počet domovů pro zdrav. postižené	Počet lůžek
Hl. m. Praha	1 252 202	6	503
Středočeský	1 312 481	25	1502
Jihočeský	637 143	8	689
Plzeňský	574 688	11	1104
Karlovarský	299 445	9	568
Ústecký	824 160	38	1815
Liberecký	438 767	12	309
Královéhradecký	551 689	11	706
Vysočina	510 099	9	624
Jihomoravský	1 171 158	18	1294
Olomoucký	636 015	11	1147
Moravskoslezský	1 218 732	28	1292
Zlínský	585 583	18	1134

Zdroj: Autor, 2015