

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Alena Pavlasová

*Autonomie mentálně handicapovaných klientů v  
Domově X*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 29. 3. 2017

.....

Alena Pavlasová

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a připomínek. Mé díky také patří nejmenovanému zařízení, které mi poskytlo prostředí pro můj výzkum, ale také všem komunikačním partnerům, kteří mi velmi ochotně zodpověděli otázky. Velký dík patří také mé rodině, především za podporu, kterou jsem dostávala během celého studia.

# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 7  |
| 1 Mentální handicap – význam, definice, dělení .....                             | 9  |
| 1.1 Handicap a postižení .....   | 9  |
| 1.2 Mentální retardace.....  | 10 |
| 1.3 Mentální handicap ve stereotypních představách .....                         | 11 |
| 2 Autonomie z hlediska různých dimenzí života jedince .....                      | 13 |
| 2.1 Autonomie a nezávislost .....  | 14 |
| 2.2 Další pojmy související s problematikou autonomie .....                      | 15 |
| 2.3 Jednotlivé dimenze osobní autonomie .....                                    | 15 |
| 2.4 Změny autonomie u člověka v průběhu jeho života .....                        | 17 |
| 2.4.1 Přejchod dítěte v dospělého .....  | 17 |
| 2.4.2 Fáze dospělosti.....   | 18 |
| 3 Specifické postavení osoby s mentálním postižením z hlediska legislativy ..... | 21 |
| 3.1 Antidiskriminační zákon .....  | 21 |
| 3.2 Vzdělání .....   | 22 |
| 3.3 Pracovní uplatnění.....  | 22 |
| 3.4 Legislativní rámec systému sociálního zabezpečení.....                       | 26 |
| 4 Metodologie a prostředí výzkumu .....  | 27 |
| 4.1 Metoda.....  | 27 |
| 4.2 Technika výzkumu .....   | 28 |
| 4.3 Výzkumný soubor .....  | 30 |
| 4.4 Postup.....  | 30 |
| 4.5 Prostedí výzkumu: popis zařízení .....                                       | 33 |
| 4.5.1 Obecný popis zařízení.....   | 33 |
| 4.5.2 Charakter zařízení a specifikace poskytovaných služeb.....                 | 33 |
| 5 Výzkumná zjištění .....  | 35 |
| 5.1 Profily komunikačních partnerů.....  | 35 |
| 5.2 Volný čas.....   | 36 |
| 5.2.1 Náplň volného času.....  | 37 |
| 5.2.2 Společenské akce .....   | 38 |
| 5.2.3 Rozhodování o průběhu dne .....  | 38 |
| 5.3 Přátelství, láska .....  | 39 |
| 5.4 Partnerské vztahy, sexualita .....   | 40 |

|       |                               |    |
|-------|-------------------------------|----|
| 5.4.1 | Partnerský vztah.....         | 41 |
| 5.4.2 | Povědomí o sexu.....          | 41 |
| 5.4.3 | Sňatek a rodičovství.....     | 42 |
| 5.5   | Podpora .....                 | 42 |
| 5.5.1 | Podmínky spokojenosti.....    | 43 |
| 5.5.2 | Spokojenost s asistenty ..... | 43 |
| 5.6   | Bydlení .....                 | 44 |
| 5.7   | Sebeobsluha.....              | 45 |
| 5.7.1 | Osobní hygiena .....          | 45 |
| 5.7.2 | Příprava stravy .....         | 46 |
| 5.7.3 | Starost o oblečení.....       | 47 |
| 5.7.4 | Domácí práce .....            | 47 |
| 5.7.5 | Výzdoba bytu.....             | 47 |
| 5.8   | Pracovní uplatnění.....       | 48 |
| 5.9   | Budoucnost.....               | 50 |
| 5.10  | Finanční gramotnost.....      | 51 |
| 5.11  | Sociální srovnávání .....     | 52 |
| 5.12  | Vzdělání .....                | 53 |
|       | Závěr .....                   | 54 |
|       | Seznam literatury .....       | 57 |

*„Nebyt postižený není žádná zásluha, nýbrž dar, který nám kdykoliv může být odebrán.“*

(Richard Weizsäcker)

# Úvod

V bakalářské práci se zabývám problematikou skupiny mentálně handicapovaných jedinců, kteří žijí v zařízení<sup>1</sup> poskytujícím pobytovou sociální službu. Sociální služba je chráněné bydlení, ve kterém mají klienti možnost bydlet se svými rodiči, kteří již nemají kvůli svým sníženým schopnostem z důvodu zdravotního stavu či jiných aspektů sílu na to, aby se starali o své děti. Cílem tohoto zařízení je nabídnout rodičům pomocnou ruku v osamostatňování jejich dětí a zároveň umožnit prožít hodnotný život, zařízení je určeno také pro mentálně handicapované jedince, kterým rodiče již zemřeli. Tato sociální služba je relativně novodobá, protože zásadnější rozvoj tohoto typu služeb je v naší republice zaznamenán teprve v posledních dvou desetiletích. Zařízení, v jehož prostředí výzkum probíhal, patří do skupiny institucionálních zařízení a legislativně zapadá do systému sociálních služeb v České republice. Počet zařízení, která se zabývají touto problematikou, je malý, a to zejména z důvodu náročnosti zřízení a financování tohoto typu služeb, přičemž je obecně známo, že tento typ zařízení je v poslední době žádoucí. Obecně lze říci, že je tato problematika široká a nelze ji jednoznačně vymezit. Ve své práci jsem se zaměřila na práci s klienty umístěnými ve vybraném zařízení, konkrétně mě zajímalo téma autonomie. Je třeba dodat, že mými komunikačními partnery byly osoby, kterým rodiče zemřeli, a poté se museli osamostatnit, lidé, kteří se osamostatňují z důvodu přání rodičů, nebo svého přání, ale i lidé, kteří žijí se svými rodiči.

Volba tématu vychází z absolvované praxe během mého studia. Považuji práci s touto cílovou skupinou za velice aktuální a potřebnou, zároveň je relevantní se studovaným oborem.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak lidé s mentálním handicapem zvládají nezávislost na rodičích a v čem a nakolik se dokážou starat sami o sebe a zejména o sobě rozhodovat. Dílčím cílem je zjistit, zda a v čem je pro tyto osoby handicap v běžném životě překážkou.

Metodou mé práce je kvalitativní výzkum, který byl proveden na základě polostrukturovaných rozhovorů – rozhovoru pomocí návodu.

---

<sup>1</sup> Z etických důvodů, pro zajištění anonymity účastníků výzkumu, anonymizuji i dané zařízení.

Při zpracování práce byly využity dostupné prameny a odborná literatura autorů zabývajících se danou problematikou mentálního handicapu, mentální retardace, autonomie a s ní souvisejícími pojmy a změnami v průběhu života, legislativou týkající se cílové skupiny, kvalitativního výzkumu, prostředím výzkumu a specifikací jeho služeb.

V konceptuální části vymezuji základní pojmy týkající se problematiky a cílové skupiny – mentální handicap, rozdělení mentální retardace, ale také, jak jej může vnímat běžná populace. Dále se věnuji autonomii, kde popisuji její souvislost s ostatními pojmy a její změny v průběhu života. V další části jsem se zaměřila na specifické postavení osob s mentálním handicapem z hlediska platné legislativy, popisuji hlavně rovné zacházení s lidmi s handicapem, ale také možnosti seberealizace v pracovním uplatnění.

Ve výzkumné části se věnuji metodě a technice, které jsem využila. Popsala jsem také výzkumný soubor, postup a prostředí výzkumu. Pro vyhodnocení používám data a informace získané v zařízení, kde klienti bydlí. Data byla získána prostřednictvím realizovaných polostrukturovaných rozhovorů s komunikačními partnery. Dále analyzuji a vyhodnocuji získaná data, které mapují jednotlivé oblasti autonomie mentálně handicapovaných jedinců žijících v Domově X.

V závěru práce vyhodnocuji výsledek výzkumu vzhledem k předem stanovenému cíli, formuluji obecná doporučení a možnosti další práce s klienty pro zlepšení jejich autonomie a začlenění do společnosti.



# 1 Mentální handicap – význam, definice, dělení

Pojem handicap je společností vnímán různě. Obecně společnost vnímá handicap jako znevýhodnění pro běžný život člověka. Tento pojem tedy může zasahovat do jiné než sociální oblasti, např. jazykový handicap, handicap v oblasti informační gramotnosti. Mentální handicap spadá do jednoho z druhů zdravotního postižení, kam dále patří například zrakové postižení, tělesné postižení apod. Často bývá právě mentální postižení v kombinaci s jiným druhem zdravotního postižení, například s tělesným postižením. (Slowík 2015: 16)

## 1.1 Handicap a postižení

Handicap a postižení se většinou používají jako synonyma, v praxi jsem se setkala s mnoha názory, který pojem užívat, který je vhodnější. Slowík ve své publikaci vysvětluje, že má každý pojem jiný význam. (Slowík 2015: 16–19)

Já se ve své práci budu přiklánět spíše k pojmu handicap, dříve ale vymezím, jak tyto pojmy vykládají odborníci:

Postižení je omezení schopnosti zvládat běžné aktivity v důsledku vady nebo poruchy. Jako příklad uvádí autor situaci, kdy člověk následkem úrazu ztratí jednu končetinu a není schopen běžné chůze bez speciálních opěrných pomůcek (holí, berlí, apod.), tento stav se nazývá tělesné či pohybové postižení. (Lečbych 2008: 17)

Samotný pojem postižení definuje Světová zdravotnická organizace jako neutrální fakt, ze kterého samotné postojení společnosti vytváří sociální znevýhodnění, tedy handicap. Pro potřeby mé práce je důležité zdůraznit, že v odborné literatuře se často vedle pojmu mentální postižení paralelně používá pojem mentální retardace. (Lečbych 2008: 17)

*„Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, seburčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“* (Hrušková, Matoušek, Landischová in Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010: 111)

Encyklopedická definice pojmu handicap je převzatá z angl. hand in cap, což v překladu znamená ruka v klobouku. Původně bylo toto slovo určeno pro oblast sportu. Zaměřovalo se na dostihový sport. „Ruka v klobouku“ označuje los, kterým se určuje, kteří z lehčích, starších, nebo trénovanějších koní ponosou větší zátěž, kteří pokoušou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý. Později se tímto slovem označovala „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. (Vágnerová 2000 in Procházková 2014: 16)

Handicap je pak tedy to, jak postižení ovlivňuje sociální role jedince. V tomto případě je důležitým aspektem věk postiženého, ale také typ závažnosti postižení, kvalita poskytované péče (myslím tím péči lékařskou, ale i péči rodiny) a v neposlední řadě hrají roli i osobnostní vlastnosti jedince (zejména jeho motivace, vůle a inteligence). (Lečbych 2008: 17)

Z výše uvedeného se může zdát, že pojem handicap se užívá spíše při znevýhodnění v oblasti pohybu, v praxi jsem se však běžně setkala s užíváním slova handicap pro všechny druhy zdravotního znevýhodnění, běžně se tedy používá i pojem mentální handicap.

## **1.2 Mentální retardace**

Paralelně užívaný pojem mentální retardace je vymezen v rámci medicínského modelu jednotlivcem a důraz je kladen především na jeho nedostatky a omezení v oblasti rozumových schopností a adaptačních těžkostí. Rozhodující úlohu v diagnostice mentální retardace hraje určení úrovně inteligenčního kvocientu a posouzení adaptace na určité sociokulturní prostředí. Tento model se odráží v mezinárodní klasifikaci a vymezuje stupně mentální retardace jako kontinuum, které je dáno hodnotou IQ. V rámci této klasifikace se rozlišují následující stupně mentální retardace:

1. Lehká mentální retardace (IQ 50–69).
2. Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49).
3. Těžká mentální retardace (IQ 23–34).
4. Hluboká mentální retardace (IQ pod 20).

5. Jiná mentální retardace (hodnotu IQ nelze určit zpravidla kvůli jinému přidruženému postižení). (Lečbych 2008: 17–18)

Dle Lečbycha (2008: 24) není etiologie mentální retardace jednotná, nejčastěji to jsou genetické vlivy, ale také faktory vznikající v prenatalním, perinatálním a postnatálním období.

V prenatalním období jsou to zejména infekční choroby matky, například toxoplazmóza, nadměrné rentgenové záření, některé medikamenty, kouření či požívání návykových látek ze strany matky apod. Mezi faktory vznikající v období perinatálním řadíme poranění hlavy dítěte při porodu či časné po narození, patří sem zdlouhavé porody, předčasné porody, atd. (Lečbych 2008: 27) Mentální retardace vznikající v postnatálním období je zapříčiněna často traumatickými vlivy dítěte. (Vágnerová 2004 in Lečbych 2008: 27)

### **1.3 Mentální handicap ve stereotypních představách**

Z povahy mé práce pokládám za důležité zmínit dva mýty, se kterými se často ve společnosti můžeme setkat:

*„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života a potřebují neustálý dohled a pomoc.“* (Pastieriková a Regec in Stejskalová 2012: 50) Uvedení autoři se však snaží tento mýtus vyvrátit faktem, že „lidé s mentálním postižením jsou schopni samostatného života, jsou schopni pracovat a samostatně bydlet. I když někdy je potřebné jim poskytnout jistou míru pomoci a podpory.“ Jako příklad zde uvádí matku s lehkým mentálním handicapem, která pravidelně chodívala do kojeneckého ústavu na konzultace ohledně péče o dítě. Je zřejmé, že takto zodpovědně k výchově nepřístupují ani zdraví lidé. (Pastieriková a Regec in Regec, Stejskalová 2012: 50)

*„Lidé s mentálním postižením nejsou schopni milovat a mít partnerský vztah stejně jako zdraví lidé.“* S tímto mýtem se často setkáváme v běžné společnosti. Ale i na něj mají autoři argument, uvádí, že „lásky, cit, náklonnost jsou dané všem bez rozdílu. I lidé s postižením jsou schopní lásky, i oni touží po rodině, partnerském životě, po dětech, po rodičovství. Každý člověk má právo na volbu týkající se sexuálního vyjádření a sociálních vztahů.“ (Pastieriková a Regec in Regec, Stejskalová 2012: 50)

K lidem se zdravotním postižením přistupuje společnost různými způsoby. Často se potýkáme s postojem, že člověk se zdravotním postižením je „nemocný“. (Krhutová 2010: 50)

Člověk s handicapem se v životě potýká s mnoha nelehkými situacemi. Většinová společnost se mu může například z různých důvodů vyhýbat. Mezi tyto důvody řadíme obavy z komunikace s handicapovaným člověkem, lítost nad člověkem, ale může to být i neznalost specifík znevýhodnění. Pro handicapovaného jedince nemusí být lehké adaptovat se ve společnosti, jeho adaptaci může doprovázet spousta překážek, jež si zdravý člověk nemusí uvědomovat. (Koláčková a Kodymová in Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010: 102)

Dle mého názoru není vymezení pojmu handicap v rámci odborné veřejnosti vnímán jednotně a vždy je nutné chápat tento pojem s ohledem na zařazení do určité oblasti. Pro potřeby své práce se nejvíce ztotožňuji s definicí handicapu dle Slowíka (2015: 16).

Při studiu odborné literatury jsem narazila na problematiku výkladu pojmů handicap a postižení, které jsou, jak jsem již zmínila výše, často společností vnímány jako pojmy totožného významu. Při vymezování cílů konceptuální části práce považuji za podstatné tyto pojmy od sebe odlišit.

V závěru kapitoly uvádím zmínku o většinovém názoru běžné populace vůči lidem s mentálním handicapem v kontrastu s argumenty odborných autorů, s jejichž vyjádřením se ztotožňuji.

## 2 Autonomie z hlediska různých dimenzí života jedince

V úvodu konceptuální části práce považuji za nutné vymezit pojem autonomie obecně. Z definic uvedených v odborné literatuře jsem pro svou práci vybrala dvě následující:

Sýkorová a Chytil (2004: 78) se inspirovali vymezením autonomie dle Pichauda a Thareauové (1998), kteří popisují „*autonomii jako relativní samostatnost jedince vzhledem k sociálnímu okolí, jako schopnost a možnost vést život podle vlastních pravidel a samostatně určovat cíle, uplatňovat svobodu výběru, samostatně rozhodovat.*“

Sýkorová (2007: 75) definuje autonomii jako „*relativní samostatnost jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnost, vůli a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.*“

Od autonomního jedince se očekává, že bude schopen samostatně vykonávat denní aktivity ve svém životě. Je zřejmé, že zdravý člověk potřebuje k hodnotnému životu možnost se realizovat a naplnit smysl svého života. Tento smysl může spočívat v existenci rodiny, v práci, ve víře apod. K našemu životu neodmyslitelně patří uspokojování fyziologických (spánek, jídlo, zdraví) a psychických (láska, pocit bezpečí, potřeba řádu) potřeb. Dále jsou to potřeby společenské, mezi něž řadíme zejména kontakt s lidmi. Pro člověka je také důležitá jeho užitečnost, podílení se na aktivitách v okolí, ale potřebuje být také respektován od ostatních. Od dospělého člověka se očekává, že bude realizovat svá přání, plány, bude tedy autonomním. (Vavříková 2013 [online])

Pojem osobní autonomie se často pojí s individuální svobodou, sebeovládáním, svobodou rozhodování či volby. Autonomní jedinec by měl kriticky a nezávisle vytvářet a vyjadřovat své názory s možností prosazení vlastních zájmů, vytváření osobních cílů a jejich realizace. (Sýkorová 2007: 73)

Za důležitou považuji skutečnost, že pro člověka integrovaného do společnosti je snadnější být autonomní. Integrace jedinců spočívá ve využívání stejných služeb jako zdraví lidé, jako jsou dopravní prostředky, obchody, restaurace, atd., v účasti na aktivitách co nejvíce srovnatelných s aktivitami zdravých osob ve společnosti apod. V současné sociální práci je důležité mentálně handicapované v těchto aktivitách podporovat tak, aby byli co nejlépe integrováni a aby co nejvíce aktivit zvládali sami a tím byli co nejméně

závislí na sociálních službách. Při práci s těmito lidmi je třeba nejprve poznat hranice, kdy mentálně handicapovaný jedinec dokáže aktivitu vykonat sám a kdy naopak potřebuje pomoc druhého.

Člověk s mentálním handicapem stejně jako lidé bez postižení rozvíjí své schopnosti, dovednosti, učí se žít v rodině, později sám v bytě, kvalifikuje se pro zaměstnání, které má pro něj mimořádnou hodnotu, ať už jako zdroj příjmu či možnost rozvíjení svých schopností, ale i jako kontakt s jinými lidmi. Sociální práce usiluje také o to, aby bylo klientům zajištěno trávit volný čas dle jejich zájmů, přičemž bývá často nutná podpora ostatních. Rozvoj potenciálu mentálně handicapovaných se uskutečňuje při vzdělávání v běžných školách či školách se speciálním vzdělávacím programem. V komunikaci s lidmi s mentálním handicapem bychom měli dbát na jejich soukromí, nezlehčovat jejich názory a rozhodnutí a respektovat je, užívat srozumitelná slova, nikoliv dlouhá souvětí a abstraktní pojmy. (Hrušková, Matoušek, Landischová in Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010: 113–114)

Jak zmiňuje Krhutová (2010: 51), „*zdravotní postižení je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnosti navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat*“. Z této definice jasně vyplývá, že člověk s postižením má jednoznačně ztížené podmínky v běžném životě společnosti, zvláště ve vztazích a oblasti pracovního uplatnění.

## **2.1 Autonomie a nezávislost**

Krhutová (2013: 40 in Marinčová 2015: 25) hovoří o tom, že definice autonomie je velmi těžká, jelikož „*každá definice vychází z individuálního hodnotového systému každého jedince a také podle toho, jak jedinec o autonomii uvažuje*“. Pokud uvažujeme o autonomii, v první řadě nás napadne schopnost postarat se sám o sebe, jedinec tedy nepotřebuje k různým činnostem ničí pomoc. Tak jako zdraví jedinci mají i lidé s mentálním či jiným handicapem své tělo, které vyznačuje jejich identitu. Proto je také úplné tělesné zdraví součástí identity člověka, je třeba si uvědomit, že i lidé s handicapem mají své tělo jako součást své identity.

Dle Koláčkové a Kodymové in Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010: 102) pojem nezávislost znamená přebírání zodpovědnosti nad svým životem. Pro „zdravé“

jedince tato skutečnost může znamenat výkon obvyklých činností. U mentálně handicapovaných lidí to však může být jinak. Můžeme si položit otázku jako autoři Koláčková a Kodymová in Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010: 102): „*Co přispívá k tomu, aby možnosti výběru byly dostatečně rozsáhlé, aby se i zdravotně znevýhodnění mohli považovat za osobně nezávislé?*“ Jsou to zejména sociální služby, které u zdravotně handicapovaných osob zajišťují rovný přístup ke stejným zdrojům, mezi něž můžeme řadit například sociální, politické, ekonomické a kulturní příležitosti.

Dost často se setkáváme se skutečností, že osoby s mentálním handicapem jsou závislé na druhých osobách, zejména na členech rodiny či na osobách, které se o ně starají. Tento jejich úzký vztah s sebou pak nese nevědomost, jak reagovat v určitých situacích, například při řešení problémů. Mentálně handicapovaná osoba má stále někoho, kdo za ni její problémy vyřeší, a stává se tedy závislou na ostatních. (Dolejší 1973: 56 in Marinčová 2015: 25)

Pichaud, Tareau (1998: 75 in Sýkorová 2007) chápe nezávislost jako soběstačnost ve vztahu k vlastním zdrojům, ale také schopnost jedince samostatně vykonávat činnosti každodenního života.

## **2.2 Další pojmy související s problematikou autonomie**

Pojem autonomie se pojí s několika dalšími pojmy, které často označujeme jako synonyma: Prvním z nich je pojem soběstačnost dle Manciniho (1989 in Sýkorová 2007: 76). Ten je často používán k označení schopnosti vykonávat běžné aktivity každodenního života.

Autonomie také úzce souvisí s pojmem svoboda, přičemž za svobodu (Sokol, 2002, Bauman, 2003, Dworkin, 1998 in Sýkorová 2007) považujeme „*schopnost jedince „dělat to, co si přeje“, nebýt omezován, nemít limitované šance a mít možnost volby rozhodování.*“

## **2.3 Jednotlivé dimenze osobní autonomie**

Autonomie se v průběhu života jedince odehrává v několika dimenzích. Jako první definují Sýkorová s Hoffmanem (in Sýkorová 2007: 75) dimenzi funkcionální, která se zaměřuje na řízení a organizaci osobních aktivit člověka, bez dopomoci druhé osoby.

Řadíme sem zejména tělesnou a smyslovou oblast, pokud se zaměřujeme na uspokojování fyziologických potřeb. Jako další definovali dimenzi postojovou, která se soustředí na prosazování názorů jednotlivých osob, emocionální, která vylučuje nadměrné tužby na blízkost a podporu od ostatních. Poslední dimenzí je dimenze konfliktní, jež popisuje nepřítomnost pocitů viny a strachu z ostatních členů společnosti, ale i vůči nim.

Další dimenze autonomie můžeme spatřit již v konkrétním zvládnání soběstačnosti v oblasti fyzické, finanční a oblasti samostatného rozhodování:

Oblast fyzické soběstačnosti se soustřeďuje mimo jiné i na okruh zdraví. Výkonnost lidského organismu je pro realizaci běžných denních činností důležitá, s čímž patrně souvisí i zdraví psychické, které zahrnuje „*vnímání, zpracování a reagování našeho vnitřního bytí na vnější prostředí sociální a fyzikální.*“ (Svensson 1991: 256 in Sýkorová 2007: 92) Tato dimenze se uskutečňuje zejména v sociálních podmínkách, ve kterých se jedinec vyskytuje. Tyto podmínky jsou ovlivněny „*ekonomickou úrovní, společenským klimatem, způsobem života, pracovními podmínkami, kvalitou lékařské péče apod.*“ (Křivohlavý 2001, Hendricks, Hendricks, 1986, Možný, 2002 in Sýkorová 2007: 92)

Kdybychom měli tedy shrnout to, co řadíme do oblasti fyzické soběstačnosti, je to zejména zdraví jedince, jehož stav pak následně ovlivňuje i běžné záležitosti průběhu dne každého člověka. Mezi tyto záležitosti řadíme sebeobsluhu (konkrétněji osobní hygiena, příprava stravy, výkon domácích prací apod.), přátelské vztahy (zda máme někoho blízkého, s kým můžeme sdílet naše radosti a trápení), ale v neposlední řadě i náš volný čas (naše aktivity, zájmy, společenské akce, atd.).

Další oblastí lidské autonomie je oblast finanční soběstačnosti. Zacházení s financemi bezprostředně souvisí s životem každého z nás. Abychom dospěli k autonomii v této dimenzi, musíme umět s finančními prostředky zacházet. (Sýkorová, 2007: 119)

Samostatné rozhodování uvedu jako poslední dimenzi lidské autonomie. Pro každého člověka je důležité, aby měl možnost rozhodovat se pro to, co udělá, jak se zachová, a následně být za své jednání zodpovědný. (Sýkorová, 2007: 139)

Cílem této kapitoly bylo stručně stanovit obecné vymezení pojmu autonomie a stanovit vztah autonomie k ostatním souvisejícím pojmům, jako je nezávislost,



soběstačnost a svoboda. V podkapitole se věnuji jednotlivým dimenzím osobní autonomie, které považuji za důležité pro rozvoj celkové autonomie jedince. Ze studia odborné literatury soudím, že všechny dílčí dimenze je nutné vnímat jako rovnocenné součásti autonomie a respektovat přirozené vazby mezi nimi.

## **2.4 Změny autonomie u člověka v průběhu jeho života**

V každé fázi života prochází jedinec řadou změn a mění se i jeho autonomie. Nyní se zaměřím na změny v období adolescence a přicházející dospělosti, protože zkoumanou cílovou skupinou jsou dospělí lidé s mentálním handicapem.

### **2.4.1 Přechod dítěte v dospělého**

Velké změny u lidí nastávají v období puberty (11–15 let) a adolescence (15 let–21/22 let). Lidé v tomto období často prochází výkyvy nálad, přelétavostí, poruchami soustředění apod. Je důležité, aby v tomto období existovala jistá citová podpora pro člověka, nějaké místo, kde se jedinec cítí bezpečně. Tím bývá nejčastěji rodina, i když smýšlení dospívajícího jedince a ostatních členů rodiny se vždy neztotožňuje. Jedinec by se měl začít osamostatňovat, měla by postupně mizet jeho závislost na rodičích. Často se u lidí v tomto období vyskytuje zlost a odpor vůči rodičům, kteří mohou jedinci bránit nejrůznějšími zákazy a příkazy, a jedinec má tak pocit, že je omezován ve své osobní svobodě. Během tohoto období se zdokonaluje myšlení, utváří se vztahy k vrstevníkům, začíná se projevovat touha po poznání druhého pohlaví. Dalším aspektem je také přijetí morálních hodnot a touha po spravedlnosti, jedinec se rozhoduje pro budoucí povolání a připravuje se na něj. Jedinec by se měl v tomto období samostatně rozhodnout, ale jeho rozhodnutí bývá často ovlivněno přáními rodičů. (Farková 2009: 34–43)

Macek (2012: 12) ve své publikaci popisuje, že největší změna v oblasti autonomie adolescentů nastala ve 20. století, tato skutečnost byla způsobena hlavně podmínkami, které vytvářela okolní společnost. Mezi nejdůležitější změny patřilo prodloužení období adolescence, jedinci se stávali v období adolescence více autonomními, došlo ke zmírnění konfliktů mezi rodiči a adolescenty, ale i mezi adolescenty navzájem. Adolescence v průběhu let přestala být vnímána jako „příprava na život“, ale stala se z ní plnohodnotná etapa co nejvíce se podobající dospělosti. Tento věk se vyznačuje „fyzickou silou, atraktivitou, objevováním nových možností a nezávazným zkoušením v různých

oblastech života“. (Macek, 2003; Sak, 2000; Sak, Saková, 2004 in Macek 2012: 23) Pro osoby nacházející se v tomto období je důležitá „*zábava a relaxace, ale i potřeba nezávazných vztahů*.“ Vztahy jsou pro adolescenta důležitou oblastí, jednak to jak vztahy s rodiči, s vrstevníky, ale i vztahy partnerské. (Macek 2012: 12)

Šiška (2005: 36) toto období popisuje jako „adolescenci – přechod ze školy do zaměstnání“, označuje tu věk 15–20/22 let. V důsledku dospívání prochází jedinec mnoha fyzickými, ale i psychickými změnami. Ukončuje své vzdělání a začíná se z něj stávat autonomní jednotka a snižuje se jeho fixace na rodičích. Dále autor popisuje, že toto období je mezníkem, kdy člověk začíná být autonomním, ale zároveň není považován za jedince, který dokáže být zodpovědný za svá rozhodnutí, s tím je úzce spojeno experimentování s návykovými látkami apod.

Jenkins (1989 in Šiška 2005: 37) uvádí, že jedinec s mentálním handicapem adolescenci neprožívá, jelikož jeho život je ovlivňován negativními reakcemi většiny, kteří jeho handicap považují za „*osobní tragédii*“.

Období přechodu ze školy do zaměstnání může být u lidí s mentálním handicapem mnohdy náročné. Vysvětluje to skutečnost, že získání pracovního uplatnění není lehké. Dle Mareše (1998 in Šiška 2005: 38) je vhodné, aby byly tyto osoby smířeny s tím, že žádnou práci nenajdou, aby tak zůstaly v duševní rovnováze.

#### **2.4.2 Fáze dospělosti**

Fáze dospělosti se dle Farkové (2009: 44–127) zpravidla dělí na tři etapy:

##### **Raná fáze dospělosti**

V tomto období člověk často neví, zda už je dospělý, či není. Pro dospělost je typických několik skutečností, uvedu jen některé z nich: Dospělý člověk se dokáže postarat sám o sebe tím, že vykonává produktivní práci, dokáže sám zacházet se svými věcmi, dokáže se radit s ostatními, obstarává své záležitosti samostatně, nezávisle na ostatních, dokáže sám bydlet a trávit volný čas. V této fázi si člověk nejčastěji hledá budoucího partnera a utváří si pracovní kariéru. (Farková 2009: 44–45)

## **Období zralé dospělosti**

V tomto období se stává člověk více samostatným, zvyšují se jeho pracovní schopnosti. Velký vliv má na člověka práce, která pro každého nemusí být celoživotně stabilní. (Farková 2009: 82–83)

## **Období postupujícího stárnutí a stáří**

V tomto období se člověk potýká opět se spoustou fyzických (změna obličejových rysů člověka, změna výšky) i psychických změn (změna myšlení, ztráta paměti apod.) (Farková 2009: 118)

Člověk postupně ztrácí autonomii v oblasti seberealizace, soběstačnosti, sebeobsluhy apod. Mohou se začít objevovat zdravotní problémy a tím i závislost na druhých lidech, jelikož jedinec není schopen obstarat si své běžné záležitosti sám. (Farková 2009: 126–127)

Coffield (1987 in Šiška 2005: 39) vymezil nabytí dospělosti jako status zaměstnance, naproti tomu při absenci zaměstnání se jedinec ocitá stále v období mezi dětstvím a dospělostí.

K tomu, abychom mohli jedince považovat za dospělého, můžeme definovat několik znaků: „*Jedinec ukončil školní docházku, je zaměstnaný, žije samostatně bez rodičů, uzavřel sňatek a založil rodinu, dosáhl zletilosti, jeho subjektivní postoj – cítí se dospělý, apod.*“ (Šiška 2005: 40) Za důležité považují také zmínit, že úkolem sociálních služeb je v co největší míře podporovat samostatnost těchto osob a výkon jejich sociálních rolí. (Šiška 2005: 40)

Mohlo by se zdát, že fáze dospělosti nastupuje bezprostředně po fázi adolescence. Ukončení adolescence je typické především „*ukončením studia na střední škole, dosažením stabilní identity, nezávislosti, apod.*“ Nástup dospělosti je u každého jedince individuální, nelze obecně říci, v jakém věku je člověk dospělý. Hlavními rysy dospělosti by měly být „*samostatnost, relativní svoboda vlastního rozhodování a chování, odpovědnost ve vztahu k druhým a odpovědnost za svá rozhodnutí*“. Autor Jeffrey Jensen Arnett (2000, 2001, 2007 in Baumgartner, Karaffová 2012: 12) jako důležité období mezi adolescencí a nástupem dospělosti nazývá „*vynořující se dospělost*“. Pro tuto fázi je typická „*dynamičnost, proměnlivost a nestabilita*“. Fáze vynořující se dospělosti může

nastoupit ve věku 18–28 let. Toto období je charakteristické pro vysokoškolské studenty, s tím úzce souvisí prodlužování svobodného života bez sňatku a rodičovství. Vynořující se dospělost se projevuje spíše u lidí žijících ve městě, nikoliv na vesnici. Osoby nacházející se v této fázi nejsou jednoznačně adolescenty, ale ani dospělými. (Baumgartner, Karaffová 2012: 12)

Za podstatné považuji dodat, že lidé s mentálním handicapem toto období neprožívají tak plnohodnotně, jako „zdraví“ lidé. V průběhu jednotlivých vývojových etap mají značně ztížené podmínky svým handicapem. V mnoha případech tito jedinci nemají žádné zaměstnání, partnerský vztah a zůstávají závislí na ostatních lidech.

### **3 Specifické postavení osoby s mentálním postižením z hlediska legislativy**

Osob s mentálním handicapem se dotýká celá řada nařízení, zákonů, vyhlášek a jiných závazných dokumentů platných v České republice. Komplexní výčet by byl příliš obsáhlý, a proto jsem vybrala pouze některé důležité zákony, které považuji za podstatné a související s tématem mé práce.

#### **3.1 Antidiskriminační zákon**

Antidiskriminační zákon se velice úzce dotýká osob s mentálním handicapem, jelikož popisuje zákaz diskriminace a rovná práva osob. Zaměřuje se na širokou škálu oblastí: *„zaměstnání a přístup k zaměstnání; přístup k povolání, podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti; dále pracovní, služební poměry a jiné závislé činnosti, včetně odměňování; členství a činnost v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují; členství v činnosti v profesních komorách, včetně výhod, které tyto veřejnoprávní korporace svým členům poskytují; sociální zabezpečení; přiznání a poskytování sociálních výhod; přístup ke zdravotní péči a její poskytování; přístup ke vzdělání a jeho poskytování; přístup ke zboží a službám, včetně bydlení, pokud jsou nabízeny veřejnosti nebo při jejich poskytování.“* (Zákon č. 198/2009 Sb. § 1; 2; 3)

V antidiskriminačním zákoně se rozlišuje přímá a nepřímá diskriminace. Přímou diskriminací rozumíme takové počínání, kdy se s jednotlivcem zachází méně příznivě než s jiným jednotlivcem, přičemž se nachází ve stejné situaci. Toto jednání se děje zejména z několika důvodů, kam spadá i zdravotní postižení. Naproti tomu za nepřímou diskriminaci v kontextu zdravotního postižení považujeme nepřijetí patřičných prostředků, aby osoba se zdravotním postižením měla možnost uplatnit se na trhu práce, s čímž souvisí i možnost vzdělávat se, využívat pracovního poradenství, ale také užívat služeb pro veřejnost. Výjimka platí v případě, že přijetí opatření by znamenalo nepatřičné zatížení. (Zákon č. 198/2009 Sb. § 1; 2; 3)

## **3.2   Vzdělání**

Tato oblast legislativy přímo nesouvisí s cílem, kterým se zabývám ve své práci, ale považuji za podstatné se o této problematice zmínit, protože vzdělání je předpokladem pro uplatnění na trhu práce a úzce souvisí i se začleněním do společnosti.

Lidé s mentálním handicapem se v dřívějších dobách považovali za nevzdělatelné a veškeré právo na vzdělání jim bylo upíráno. Tímto zacházením byla značně narušena lidská důstojnost a možnost rozvíjet se. Osoby s mentálním handicapem mají sníženou intelektovou schopnost, což může podnítit k názoru, že je neúčinné tyto osoby vzdělávat. Dle Švarcové (2000 in Slowík 2016: 117) je potřeba tyto osoby více vzdělávat a věnovat jim pozornost právě proto, že mají snížený intelekt. Je třeba si uvědomit, jaký typ mentální retardace je jedinci diagnostikován, a dle toho uskutečňovat terapii. (Slowík 2016: 117–118)

Podle školského zákona, který vstoupil v platnost 1. 1. 2005, mají osoby s mentálním handicapem možnost vzdělávat se v běžných třídách základních škol, zejména osoby s lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace. Dále je zde možnost vzdělání v základní škole praktické (dříve zvláštní škola). Lidé s diagnostikou těžké mentální retardace mají možnost se vzdělávat v základní škole speciální (dříve pomocná škola) a pro osoby s hlubokou mentální retardací existují rehabilitační třídy. (Slowík 2016: 117–118)

## **3.3   Pracovní uplatnění**

Oblast pracovního uplatnění mentálně handicapovaných vnímáme jako jednu ze zásadních oblastí důležitých pro komplexní začlenění osob do společenského života.

Jednou z možností pracovního uplatnění pro mentálně handicapované jedince je podporované zaměstnávání, které usiluje o to, aby měl jedinec přístup k zaměstnání při zachování rovných platových podmínek. Jedinci se dle jeho priorit a příležitostí najde pracovní místo a dalším krokem bývá trénování samotné zdatnosti jedince přímo na konkrétním pracovním místě. Je to dobré zejména pro jeho začlenění do pracovního kolektivu, ve kterém se setkává s lidmi bez handicapu. Toto podporované zaměstnání je časově ohraničené a je rovnocenně odměňováno. (Hrušková, Matoušek, Landischová in Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010: 123)

Další možností je chráněné pracovní místo, které zřizuje zaměstnavatel písemnou dohodou s Úřadem práce. Zaměstnavatelé čerpají příspěvek od Úřadu práce, přičemž obsazení chráněného pracovního místa musí být nejméně 3 roky. (Zákon č. 435/2004 Sb. § 75)

Lidé s mentálním handicapem mohou být také zaměstnáni prostřednictvím pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitaci mají jedinci se zdravotním postižením získat a udržet si zaměstnání. Zaštiťujícím orgánem je Úřad práce, který zároveň pracovní rehabilitaci finančně dotuje. Pracovní rehabilitace se skládá z „poradenství, které se zaměřuje na volbu povolání; teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání či jinou výdělečnou činnost; zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání; změnu povolání a vytváření podmínek pro výkon zaměstnání či jiné výdělečné činnosti.“ S osobou je sestaven individuální plán, který mapuje její schopnosti pro výkon práce, ale je brán zřetel i na situaci na trhu práce. (Zákon č. 435/2004 Sb. § 69)

Další možností je běžné pracovní uplatnění, v takovém případě stát motivuje zaměstnavatele zaměstnávat osoby se znevýhodněním. Tuto skutečnost popisuje níže uvedený dokument, který se danou problematikou zabývá.

Zákon č. 435/2004 Sb. (§ 67) uvádí skutečnost, že každá fyzická osoba se zdravotním postižením má nárok na zvýšenou ochranu na trhu práce, přičemž osobou se zdravotním postižením se označuje: „*osoba invalidní ve třetím stupni, osoba invalidní v prvním nebo druhém stupni nebo osoba zdravotně znevýhodněná (osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání či jinou výdělečnou činnost).*“

V § 81 téhož zákona (Zákon č. 435/2004 Sb.) je stanoveno, že každý zaměstnavatel zaměstnávající více než 25 zaměstnanců je povinen zaměstnat osoby se zdravotním postižením v určitém podílu zdravotně postižených osob na počtu zaměstnanců. Podíl je stanoven 4 %. Zaměstnavatelé mohou tuto povinnost plnit několika způsoby. Prvním způsobem je zaměstnávání zdravotně postižených v pracovním poměru. Další možností je odebírání výrobků či služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech, kteří jsou osobami se zdravotním postižením. Třetí možnost je zadávání zakázek těmto zaměstnavatelům či odebírání výrobků, nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance.

Čtvrtou možností je pak zadávání zakázek těmto osobám a pátým způsobem plnění povinnosti zákona je odvod zaměstnavatelů do státního rozpočtu.

Dle mého názoru zaměstnavatelé spíše plní zákonnou povinnost a aktivně nevyhledávají vlastní možnosti k zaměstnání zdravotně postižených osob.

O pracovním uplatnění lidí se zdravotním postižením se zmiňuje i Burianová (2010: 113) v odborném časopise Sociální práce, která se na tuto problematiku dívá z hlediska sociálních služeb a činností sociálního pracovníka. Nestátní neziskové organizace, jejichž posláním je nalézt lidem ohroženým na trhu práce pracovní uplatnění, jsou především sociální služby jako sociální rehabilitace.

Definici sociální rehabilitace udává zákon o sociálních službách: Sociální rehabilitace je sociální služba, jejíž činnosti jsou zaměřeny na získání „*samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob*“. Těchto schopností se dosahuje pomocí „*rozvoje specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí*.“ Tento typ sociální služby je poskytován ambulantní, pobytovou či terénní podobou služeb. Mezi konkrétní činnosti patří „*nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*.“ V případě pobytové služby se do činností sociální rehabilitace zahrnuje „*poskytnutí ubytování, stravy a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*.“ (Zákon č.108/2006 Sb. § 70)

Práce má pro člověka neodmyslitelný význam zejména z hlediska seberealizace a patří i mezi prioritní cíle speciálně pedagogické podpory lidí s postižením. Je to „*smysluplná tělesná a duševní aktivita vedoucí k určitému, předem zřejmému, cíli a k vytváření hodnot, které mají význam pro jedince a společnost*.“ Produktem práce je „*výdělek, sebeučení, seberozvoj, uspokojování materiálních a duchovních potřeb každého člověka*“. (Novosád 2009: 46)

Pracovní uplatnění souvisí s tím, že jedinec získává částečnou finanční nezávislost, která mu umožní využívat další služby, např. nadstandardní specifické služby



pro zdravotně postižené, dopravu do práce – bezbariérovost, vlastní bydlení. I přesto, že se legislativa v sociální oblasti v posledních desetiletích mění a reaguje na aktuální potřeby a úroveň společnosti, je třeba ji vnímat jako povinný rámec, vymezující pravidla práce v sociálních službách.

Legislativní rámec jsem částečně vymezila a pro dokreslení možností a pravidel pracovního uplatnění osob s mentálním handicapem zmiňuji důležitý dokument, který zpracovává poradní orgán vlády na vymezený časový úsek:

Tento dokument nese název Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a má za cíl odstraňovat bariéry občanů se zdravotním postižením, do kterého spadá i mentální postižení, a hledat možnosti plnohodnotného zapojení do společnosti. Národní plán systematicky usiluje o řešení problémů dílčích oblastí s cílem zlepšit podmínky a kvalitu života zdravotně postižených. Mezi nejvýznamnější pozitivní změny národního plánu pro roky 2010–2014 patří: novelizace zákona o sociálních službách, v němž je nově zakotvená nová sociální dávka – příspěvek na péči; dále novelizace školského zákona, ve které jsou zpřesněny podmínky vzdělávání občanů se zdravotním postižením. Dalším cílem sociálního plánu je postupné zlepšování veřejné dopravy, nárůst bezbariérových stanic a dopravních prostředků. (Křížkovská, Tomalová a kol. 2012: 39–49)

Výše uvedená témata jsou začleněna i v aktuálně platném národním plánu pro vytváření rovných příležitostí na období 2015–2020. Tento plán stanovil jako hlavní témata následující oblasti: vnímání zdravotního postižení ve společnosti, podílení se na společenském životě lidí se zdravotním postižením, lepší podmínky na trhu práce, samostatnost. (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 [online])

V kontextu své práce považuji za podstatné oblasti podpory zaměstnanosti a samostatného bydlení. Dle mého soudu dochází právě v těchto oblastech, stejně jako v dostupnosti služeb pro zdravotně postižené, k postupnému zkvalitňování. Stále však v mnoha oblastech zaostáváme oproti zemím Evropské unie.

### **3.4 Legislativní rámec systému sociálního zabezpečení**

Do této skupiny řadíme veškeré zákony a vyhlášky související s možnostmi sociálního zabezpečení osob se zdravotním postižením. Jsou to následující zákony: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, Vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi, Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míra poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity), Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

## 4 Metodologie a prostředí výzkumu

V této kapitole se zaměřím na metodologický postup realizovaného výzkumu. Chronologicky popíši výzkumný postup, metodu výzkumu, použitou techniku, výzkumný soubor, průběh výzkumu a v neposlední řadě se budu věnovat specifikaci výzkumného souboru a popisu prostředí, ve kterém výzkum probíhal.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem lidé v Domově X zvládají nezávislost, v čem a nakolik se dokáží starat sami o sebe. Dílčí cílem bylo zjistit, zda a v čem je pro tyto osoby v životě handicap překážkou. U komunikačních partnerů jsem zkoumala autonomii ve vybraných oblastech, konkrétně byly zkoumány tyto stanovené oblasti: volný čas, přátelství a láska, partnerské vztahy a sexualita, podpora, sebeobsluha, bydlení, pracovní uplatnění, budoucnost, finanční gramotnost a sociální srovnávání.

### 4.1 Metoda

Pro realizaci výzkumné části své práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum, který pro zkoumaný problém považuji za nejefektivnější.

Široká škála autorů se pře o významu a definici kvalitativního výzkumu, například Glaser a Corbinová (1989 in Hendl 2016: 45) popisují kvalitativní výzkum jako *„jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace.“* Mnoho autorů s tím však nesouhlasí. Známy metodolog Creswell (1998: 12 in Hendl 2016: 45) použil pro kvalitativní výzkum následující definici: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Kvalitativní výzkum má stejně jako jiné výzkumné metody mnoho kladů i záporů. Mezi klady kvalitativního výzkumu řadíme: podrobný popis jedince, hloubkový podrobný popis případu, výzkum je prováděn v přirozeném prostředí, dobře reaguje na místní situace a podmínky, hledá souvislosti apod. Naproti tomu je zde i několik nevýhod: získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí, je

těžší testovat hypotézy a teorie, průběh výzkumu je časově náročný a výsledky mohou být často ovlivněny osobními preferencemi výzkumníka. (Hendl 2016: 48–49)

Dle Sebery (2012) se kvalitativní výzkum zaměřuje na „chování lidí v jejich přirozeném prostředí“ a souhlasí s výkladem Hendla (2013: 178), že kvalitativní výzkum je výzkumem pružným, což znamená možnost přizpůsobení otázek komunikačním partnerům při zachování určitého tématu. Sebera dále také udává stejnou informaci, že analýza i sběr dat jsou velice časově náročné a výsledky jsou snadno ovlivnitelné tazatelem.

## **4.2 Technika výzkumu**

Pro sběr dat kvalitativního výzkumu můžeme používat několik technik výzkumu: První metodou je kvalitativní dotazování, které spočívá v tázání se komunikačních partnerů, od nichž výzkumník dostává odpovědi. Existuje několik typů kvalitativního dotazování: může to být nestrukturované dotazování – kvalitativní rozhovor, narativní rozhovor; ale i strukturované dotazování – strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami; či polostrukturované dotazování – rozhovor pomocí návodu. (Hendl 2016: 168–180)

V kvalitativním výzkumu se kromě metody kvalitativního dotazování používá také metoda pozorování. (Hendl 2016: 195)

Třetí metodou je analýza dokumentů a fyzických dat. Dokumenty a fyzická data mohou být jediným zdrojem sběru dat, ale také doplňující součástí metody pozorování či rozhovoru. (Hendl 2016: 208) Těmito metodami se podrobněji zabývat nebudu vzhledem k faktu, že v rámci mého výzkumu jsem je nevyužila.

Pro realizaci mého výzkumu se nabízela jako nejvhodnější technika polostrukturovaného dotazování – rozhovor pomocí návodu, kterou blíže uvádí Hendl (2016: 178) jako techniku, kdy návod má podobu několika témat či otázek, na které by měl tazatel v průběhu rozhovoru dostat odpověď. Tazatel má tedy možnost dle svého uvážení provést rozhovor, při kterém získá potřebné informace. Jedná se o typ rozhovoru, který je částečně řízený, resp. rozhovor sestavený pomocí návodu. (Hendl 2016: 178)

Dotazovaný by se měl v průběhu dotazování přizpůsobovat komunikačnímu partnerovi a dát mu prostor pro jeho odpověď, neměl by předem vyslovovat možné odpovědi apod. V tomto způsobu dotazování lze spatřit několik výhod: snadno zjistíme, zda komunikační partner pokládaným otázkám rozumí, je zde možnost pro vyjádření dotazovaného – zejména jeho stanovisek, komunikační partner může rovněž vyjádřit možnou spojitost či postoj, atd. (Hendl 2016: 168–169)

Pro realizaci kvalitativního rozhovoru je důležité, aby výzkumník disponoval několika schopnostmi, mezi které patří „*dovednost, citlivost, koncentrace, interpersonální porozumění, disciplína*“. Před realizací rozhovoru je třeba promyslet několik důležitých věcí, konkrétně výběr otázek, jejich podobu, posloupnost, ale také délku trvání rozhovoru. (Hendl 2016: 170–172)

Dále Hendl (2016: 173–174) uvádí, že je důležitá posloupnost otázek, kdy se nejprve při rozhovoru soustředíme na otázky týkající se přítomnosti, později budoucnosti či minulosti, jelikož na otázky řešící budoucnost není tak jednoduché odpovědět. Dotazy na komunikační partnery by měly být „*otevřené, jasné, citlivé*“, přičemž by dotazovanému neměla být vtírána určitá odpověď. Příkladem může být otázka typu: „*Jak se cítíte při této činnosti?*“ „*Jak je pro vás důležitá?*“ apod. Výzkumník by měl pokládat vždy jednu otázku a přizpůsobit se intelektu jedince, užívat tedy jemu odpovídající slovní zásobu. Tazatel může užívat i tzv. sondážních otázek, které mu umožňují jít více do hloubky v jisté oblasti. Tyto otázky mohou být např.: „*Co se stalo? Kdo jiný se toho ještě zúčastnil?*“ apod. Pokud výzkumník cítí, že je třeba ujasnit komunikačnímu partnerovi účel rozhovoru, je možné doplnit větou: „*Vaše odpovědi mi moc pomáhají pochopit, co se u vás vlastně děje. – A o to mi jde.*“ Toto je i způsob, jak mu dodat motivaci pro další odpovědi. Pokud tazatel cítí, že je dotazovaný již unavený, či se jejich rozhovor odehrává nesprávným způsobem, je zde možnost domluvit se na přestávce či na přerušení rozhovoru.

Chráška (2007: 25–26) se přiklání spíše k pojmu interview, což popisuje jako „*bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta*“. Pojem interview můžeme přeložit jako „*inter – mezi*“ a „*view – názor či pohled*“. Typický je přímý kontakt, jehož výhodou je hluboké proniknutí do pohledů a názorů dotazovaného.

Aby byl výzkum úspěšný, je důležitá schopnost realizátora výzkumu navodit atmosféru a přívětivý přístup ke komunikačnímu partnerovi. Tento postoj označujeme termínem rapport, což je označení pro „vzájemně příjemný, uvolněný vztah mezi výzkumníkem a respondentem“. Polostrukturvané interview popisuje autor jako střední cestu mezi typem strukturovaného a nestrukturovaného interview, přičemž strukturované interview se řídí přesně danými okruhy, kdy jasně víme, které otázky máme komunikačnímu partnerovi položit, nepřidáváme vlastní doplňující otázky, pouze zaznamenáváme odpovědi klienta. Naproti tomu nestrukturované interview je spíše bezprostřední komunikace, u které víme, co potřebujeme od komunikačního partnera zjistit. V průběhu rozhovoru se můžeme zaměřovat na témata, která jsou pro dotazovaného určitým způsobem důležitá. V polostrukturvaném interview, které jsem tedy užívala já během svého výzkumu, se tak nabízí komunikačním partnerům spousta možností odpovědí, přičemž je můžeme žádat o dovysvětlení. (Chráska 2007: 26)

### **4.3 Výzkumný soubor**

K realizaci svého výzkumu jsem si vybrala osoby s mentálním handicapem. Všechny tyto osoby mají diagnostikovanou lehkou či středně těžkou mentální retardaci. Kvůli hloubce zkoumané oblasti bylo zvoleno pět komunikačních partnerů, tři ženy a dva muži. Všechny tři ženy žijí v zařízení samy. Komunikační partnerka č. 1 žije v zařízení již několik let, je jí 60 let a důvodem pro volbu tohoto zařízení bylo úmrtí matky. Komunikační partnerce č. 2 je 39 let, bydlela v zařízení se svou matkou, která však po nějakém čase zemřela, nyní zde žije sama ve svém bytě. U komunikační partnerky č. 3 byla důvodem pro pobyt v zařízení touha osamostatnit se a žít bez rodiny, je jí 35 let. Čtvrtým komunikačním partnerem je muž, je mu 33 let a v zařízení žije se svou matkou. Posledním komunikačním partnerem je 41-letý muž, který v zařízení bydlí na impuls svých rodičů, kteří chtěli, aby se naučil žít sám.

### **4.4 Postup**

Pro realizaci výzkumného šetření jsem se inspirovala Chráskou (2007: 27), který popisuje, že realizace výzkumu by měla probíhat v přijatelné situaci pro oba zúčastněné. Pod tím si můžeme představit dostatek času na interview, zachování soukromí (nerealizovat rozhovor za přítomnosti osob, jež nejsou komunikačními partnery), důležitým aspektem je také bezprostřední, bezpečné prostředí. Dále uvádí, že je vhodné

začít interview obecnými dotazy a v průběhu výzkumu dodržovat raportu (uvolněný vztah s dotazovaným). Poslední neméně důležité hledisko je zaznamenávání interview. K tomu existuje několik možností. Zaprvé je to zápis odpovědí v průběhu interview, tímto způsobem předejdeme zapomnění některých důležitých informací, ale zároveň je tento způsob náročný a postrádá intenzivní kontakt s komunikačním partnerem, situace při rozhovoru nemusí být tedy tolik přijatelná. Další možností je zapisování odpovědí po realizaci interview, ale výzkumník by měl mít dobrou paměť, aby zachytil nejdůležitější potřebné informace. Třetí způsob je použití diktafonu či podobného zařízení pro záznam zvuku.

Poslední způsob, tedy zaznamenávání interview na diktafon a následné zpracování, se mi zdá jako nejvhodnější, proto jsem si jej vybrala i pro svůj výzkum. Tuto techniku jsem zvolila s ohledem na intelektovou úroveň a vyjadřovací schopnosti jedinců v průzkumném souboru. Získaná data jsou tedy svým způsobem specifická, protože se často jedná o krátká, často i jednoslovná vyjádření. Na druhou stranu jsou však tyto odpovědi zpravidla výstižné.

Nejprve jsem nastudovala odbornou literaturu o cílové skupině mentálně handicapovaných, zvláště specifika komunikace a oblast autonomie. Dle odborné literatury jsem zvolila několik otevřených otázek pro jednotlivé oblasti autonomie. Inspirovala jsem se autorem Miovským (2006: 29), který tvrdí, že před samotným výzkumem je vhodné udělat předvýzkum, který nám umožní zjistit, „*zda navržené metody a postupy přinášejí očekávanou kvalitu dat*“. Techniku jsem v předvýzkumné fázi ověřila na jednom z komunikačních partnerů a poté byl zvolen následující postup: Na úvod jsem se komunikačnímu partnerovi představila a objasnila jsem mu také důvod, proč přicházím. Pro mě jako výzkumníka bylo výhodou, že jsem komunikační partnery znala již z odborné praxe, kterou jsem v zařízení vykonávala, proto pro mě byla komunikace s nimi jednodušší a dle mého názoru také komunikační partneři neměli pocit, že budou vést rozhovor s cizí osobou. Z toho důvodu jsme měli hned zpočátku společné téma a bavili se spontánně o běžných věcech, netýkajících se výzkumu. Po několikaminutovém rozhovoru jsem se snažila postoupit k samotnému rozhovoru v rámci výzkumu. Zdůraznila jsem komunikačnímu partnerovi zachování anonymity a objasnila také možnost neodpovídat na otázky, které pro něj budou nevhodné či příliš osobní. V úvodní části vedení rozhovoru jsem se také dotázala, zda komunikační partner souhlasí

s nahráváním našeho rozhovoru a pro jistotu jsem znovu zopakovala zachování anonymity. Pokud k této úvodní části měl komunikační partner nějaké otázky, zodpověděla jsem mu je a následně se dotázala, zda můžeme začít s rozhovorem.

Po jeho souhlasu jsem tedy zapnula diktafon a začala se dotazovat dle předem připravených témat a okruhů otázek. Během rozhovoru jsem komunikačnímu partnerovi pokládala doplňující otázky. V průběhu rozhovoru se naskytla situace, kdy jsem zpozorovala, že je pro klienta téma nepříjemné, byla to hlavně témata týkající se partnerství a sexuality, ale překvapivě i téma pracovního uplatnění. Dotázala jsem se klienta, zda je pro něj nepříjemné o tomto tématu mluvit, když odpověděl či pokývnul, že ano, přešla jsem na jiné téma. Účelem rozhovoru nebylo dostat klienty do úzkých, proto jsem se snažila, aby byl rozhovor příjemný jak pro mě, tak i pro komunikačního partnera. Jelikož jsem zkoumala širokou škálu autonomie, celkem 11 oblastí, trval rozhovor delší dobu. Když byl klient již mými dotazy unavený, nabídla jsem mu možnost domluvit se na termínu příštího setkání a tak rozhovor dokončit. Nebylo totiž nutné uskutečnit celý rozhovor během jednoho setkání. Měla jsem však obavy, že dotazovaného svými otázkami, mnohdy i dost osobními, nudím a že s dalším setkáním pro dokončení rozhovoru nebude souhlasit. Tato situace však nenastala. Získala jsem tedy i zpětnou vazbu, že jsem komunikační partnery svou přítomností a dotazy neobtěžovala.

Když byla vyčerpána všechna témata, naznačila jsem již méně formální formou, že je náš rozhovor u konce. U několika komunikačních partnerů jsem se ještě zdržela a prohlížela si jejich výrobky ze stacionáře či fotografie. Mohu tvrdit, že rozhovory se všemi klienty byly pro mne velkým přínosem, ale zároveň i milým a přátelským setkáním.

Následně jsem rozhovory přepsala. Přepisování bylo mnohdy těžké, jelikož někteří komunikační partneři mají problémy s komunikací a jejich způsobu vyjadřování není vždy lehké porozumět. Rozhovory jsem přepsala jednoduchou formou, a co nejdříve jsem se snažila vyzdvihnout myšlenky, názory a postoje komunikačních partnerů.

Následně byla data získaná z rozhovoru kódována prostřednictvím programu MAXQDA. To je program, který užíváme pro kódování jednak kvalitativních, kvantitativních, ale i smíšených metod výzkumu. Získaná data jsem kodovala dle jednotlivých oblastí autonomie. Je nutné připomenout, že výzkum byl realizován



specifickou formou polostrukturovaného rozhovoru. Tuto skutečnost lze objasnit výběrem zkoumaného souboru. Lidé s mentálním handicapem pro svou sníženou intelektovou schopnost odpovídali stručně, ale zároveň byly jejich odpovědi výstižné a jasné. Poté jsem data ze získaných kódů analyzovala a následně vyhodnotila.

## **4.5 Prostředí výzkumu: popis zařízení**

V níže uvedených kapitolách charakterizuji zařízení, ve kterém výzkum probíhal a mou motivaci pro zkoumanou problematiku.

### **4.5.1 Obecný popis zařízení**

Vzhledem k tomu, že počet zařízení tohoto typu je v rámci České republiky velice malý a daná zařízení jsou svým provozem a charakterem velice specifická, bude daný popis pouze rámcový a anonymní. Prostředí, ve kterém se výzkum mé závěrečné práce odehrával, bylo v zařízení pro mentálně handicapované osoby. Typem sociální služby je chráněné bydlení, které je charakteristické tím, že v něm mohou bydlet mentálně handicapovaní klienti se svými rodiči, kteří z nejrůznějších důvodů nezvládají péči o své dítě. Zařízení je svou formou specifické a v České republice málo časté. (Webové stránky Domova X)

V tomto specifickém zařízení jsem měla možnost vykonávat odbornou praxi během svého studia. Zařízení mě svou povahou velice oslovilo a motivovalo mě zkoumat vazby mezi mentálně handicapovanými klienty a jejich rodiči, proto jsem se rozhodla zaměřit na autonomii dospělých jedinců s mentálním handicapem právě v tomto zařízení.

Považuji za nutné zdůraznit, že organizace je nově zrekonstruovaná a její předností je její bezbariérový přístup. Klienti této sociální služby mohou bydlet v jednolůžkových či vícelůžkových pokojích, což se nejčastěji odvíjí od jejich subjektivního přání.

### **4.5.2 Charakter zařízení a specifikace poskytovaných služeb**

Prostředí, ve kterém výzkum probíhal, poskytuje dvě sociální služby, a to chráněné bydlení a odlehčovací službu.

Definice pojmu chráněné bydlení: *„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení*

*nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. § 51)*

Jak jsem již zmínila výše, Domov X poskytuje také odlehčovací službu, která je určena osobám, jež se nezvládnou samy o sebe postarat, a jejich rodina si potřebuje z určitého důvodu na nějaký čas odpočinout. (Webové stránky Domova X) Vzhledem ke zkoumanému cíli odlehčovací službu nebudu dále popisovat.

Hlavním účelem chráněného bydlení je podpora žít běžný život za dopomoci naučení se základních dovedností k samostatnému životu. (Novosád, 2009: 71) Mezi jednotlivé činnosti chráněného bydlení patří *„poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (Zákon č. 108/2006 Sb. § 51)

V popisované organizaci je zastoupena široká škála zaměstnanců: vedoucí sociální služby, dva sociální pracovníci, devět pracovníků v sociálních službách, správce domova, pracovnice prádelny, pracovnice kuchyně a uklízečka. (Webové stránky Domova X)

## 5 Výzkumná zjištění

Komplexní analýzu výzkumu jsem vytvořila pomocí kódování. Bylo stanoveno celkem 11 hlavních oblastí. Jednotlivé oblasti byly stanoveny tak, abychom v průběhu rozhovoru s komunikačními partnery přešli postupně od nejjednodušších témat ke složitějším. Byl zvolen tedy tento postup, nejprve jsem se dotazovala na oblast volného času, dále pak přátelství a lásky, partnerských vztahů a sexuality, podpory, bydlení, sebeobsluhy, pracovního uplatnění, budoucnosti, finanční gramotnosti, sociálního srovnávání a vzdělání. Na výše uvedené oblasti jsem měla předem stanovenou řadu otázek, ale v případě potřeby jsem nějakou otázku vynechala či se doptala doplňující otázkou. Jelikož jsem si dle typu cílové skupiny – lidé s mentálním handicapem vybrala formu polostrukturovaného rozhovoru – rozhovoru dle návodu, soustředila jsem se na to, abych v průběhu dotazování získala odpovědi na otázky směřující k mému výzkumnému cíli. V situacích, kdy se komunikační partneři o daném tématu nechtěli bavit, bylo jim to nepříjemné, na oblast jsem se nezaměřovala a věnovala se jiné. U jednotlivých oblastí jsem dle stanoveného cíle mé práce zjišťovala, jak jsou při výkonu jednotlivých činností dotazovaní autonomní a zda danou činnost vykonávají sami, popřípadě zda potřebují něčí pomoc a zda je handicap v jejich běžném životě překážkou.

Na některou oblast autonomie byl kladen větší důraz, na jinou zase méně. Je možné, že se tento důraz může odvíjet od položených otázek, ale zřejmě to odráží i reálné potřeby jednotlivců, kteří byli zapojeni do průzkumného šetření.

V další fázi budu interpretovat výsledky dosažené v jednotlivých oblastech výzkumu. Nejprve vždy uvedu hlavní oblast, kterou jsem zkoumala a k ní postupně rozepíši získaná data. Budu postupovat chronologicky dle dotazovaných oblastí:

### 5.1 Profily komunikačních partnerů

Nejprve představím komunikační partnery, kteří byli zapojeni do výzkumu. Komunikačních partnerů bylo celkem pět, tedy tři ženy a dva muži. Kvůli anonymizaci jsem se rozhodla jejich jména změnit. Zkoumala jsem u komunikačních partnerů jednotlivé oblasti autonomie a to hlavně z hlediska, zda jsou autonomní ve svém rozhodování o svých záležitostech a následné realizaci. Zkoumala jsem také, zda při realizaci úkonů běžného života potřebují něčí dopomoc či nikoliv. Komunikační partneři,

kterí byli zapojeni do výzkumu, mohu ve výsledné fázi vyhodnocení rozdělit na 3 skupiny dle uplatňování jejich autonomie.

Do první skupiny bych zařadila komunikační partnerku Veroniku. Veronice je 60 let a v Domově žije sama již několik let, důvodem pro vstup do zařízení bylo úmrtí matky. Veronika je v mnoha zkoumaných oblastech autonomní jednotkou, rozhoduje se dle svého uvážení a věci, které potřebuje, si většinou dokáže zařídit. Veronika je samotářka a tvrdí, že je v zařízení spokojená, ale lidi kolem sebe nepotřebuje. V některých činnostech však potřebuje Veronika dopomoc asistentů, proto je pro ni tento typ bydlení vhodnou volbou.

V druhé skupině jsou komunikační partneři Jana a Josef. Jana má 35 let a v Domově žije také sama a to z důvodu touhy osamostatnit se. Jana je na tom podobně jako Veronika, ale při realizaci svých zálib či jiných záležitostí, je samostatnější, tzn. – nepotřebuje velkou dopomoc asistentů. Josef je třetím komunikačním partnerem, který je ve svém rozhodování a realizaci málo ovlivněn druhými. Je mu 41 let a pro bydlení v tomto zařízení se rozhodl sám, jelikož se chtěl naučit samostatně bydlet, připravit se na budoucí život a hlavně si najít partnerku. Tyto dva komunikační partnery jsem zařadila do jedné skupiny, jelikož mají podobné názory a oba touží po životě s partnerem a dětmi.

Do třetí skupiny zařadím dva komunikační partnery, a to 39-letou Petru, která v Domově žila nejprve s matkou, ale krátce po nástupu do zařízení matka zemřela. Petra i po několika letech po matce strádá a nemůže se s její mrtví vyrovnat. Nemá vlastní názor, protože její rozhodování o vlastních záležitostech často ovlivňují ostatní. Druhým komunikačním partnerem je Patrik. Patrik má 33 let a v zařízení žije se svou matkou. Patrika jsem přiřadila do druhé skupiny zejména proto, že ve svém rozhodování je značně ovlivněn matkou. Patrika a Petru jsem do této skupiny zařadila hlavně z toho důvodu, jelikož je jejich výkon autonomie značně omezen z důvodu závislosti na druhých osobách.

## **5.2 Volný čas**

Lidé s mentálním handicapem si ne vždy dokáží představit, jak naplní svůj volný čas, jelikož pro některé aktivity, které by rádi vykonávali, potřebují dopomoc druhých. Tato dopomoc například asistenta by se měla časem zmírňovat, aby se jedinec

s mentálním handicapem stal co nejvíce autonomním. Často to mohou být sportovní aktivity, ruční práce, počítače či nejrůznější odpočinkové cvičení. (Hrušková, Matoušek, Landischová 2010: 125)

V oblasti volného času této byly v mém výzkumu zastoupeny tyto podoblasti: celková náplň volného času, návrh na jinou náplň volného času, společenské akce a rozhodování o průběhu dne. V průběhu dotazování na toto téma jsem využívala níže uvedených otázek, opět jsem zjišťovala, zda komunikační partneři jednotlivé činnosti vykonávají samostatně či s dopomocí druhých.

Během dotazování jsem pokládala otázky tohoto typu, v případě jsem je doplnila i o doplňující otázky, samozřejmě jsem se soustředila i na to, zda jednotlivé činnosti vykonávají s využitím autonomie, ale také samostatně či s dopomocí:

Co rád/a děláte?

Napadlo vás, že byste mohl dělat něco jiného?

Na jaké společenské akce chodíte? (divadlo, kino)

Na které společenské akce byste chtěl chodit?

Můžete rozhodovat o tom, co budete celý den dělat? (Od rána do večera)

### **5.2.1 Náplň volného času**

Celková náplň volného času komunikačních partnerů je velice rozmanitá. Samostatně se mohou rozhodovat, které aktivity budou vykonávat a všichni jsou si schopni domluvit případnou dopomoc při výkonu jednotlivých aktivit. Mezi nejzastoupenější náplň volného času patří výroba z pedigu a keramiky, sledování televize, výroba náramků z korálek, jídlo, poslech hudby, četba knih a pohybové aktivity – zejména plavání. Aktivity vyrábění z pedigu a keramika chodí vykonávat do nedalekého stacionáře, kam chodí vždy ve skupině s doprovodem asistenta. Pokud však nemají náladu, či chtějí vykonávat něco jiného, mohou svobodně říci, že se této aktivity účastnit nebudou. Veronika, která vyrábí náramky z korálek, ví, kde si má pro výrobu obstarat potřebný materiál a při doprovodu do města si jej chodí samostatně kupovat. Dle mého soudu jsou komunikační partneři v této oblasti autonomní.

Většina je s náplní svého volného času spokojena, avšak během rozhovoru vyvstala i touha vyrábět quilling, na který by komunikační partnerka potřebovala zlepšit jemnou motoriku a další touhou je, odjet na dovolenou k moři, pro realizaci dovolené však komunikační partnerka nemá dostatek finančních prostředků. „*Chtěla bych se podívat k moři, na pláži ležet, koupat se v moři*“ (Jana)

### **5.2.2 Společenské akce**

Komunikační partneři, kteří společenské akce preferují, upřednostňují kino. V případě, že se chtějí zúčastnit společenské akce, musí o tom informovat pracovníka, který v první řadě musí zkontrolovat jejich finanční prostředky, tedy jestli si návštěvu kina mohou dovolit. „*Někdy chodím s asistentkama do kina, ale moc často to není, to záleží, kolik mi zbyde peněz.*“ Byla jsem překvapena, že společenských akcí se účastní pouze 2 komunikační partneři. Mimo to se i u nich v Domově konají například zahradní slavnosti v létě, kterých se účastní všichni komunikační partneři.

### **5.2.3 Rozhodování o průběhu dne**

O tom, co budou dotazovaní od rána do večera dělat, mohou rozhodovat téměř všichni, kromě Patrika, který se řídí dle plánů matky.

\* \* \*

Když se zaměřím na náplň volného času komunikačních partnerů, mohu tvrdit, že vykonávají to, co je baví a svobodně se pro to rozhodli. I když pro realizaci svých zájmů potřebují někteří z nich pomoc druhých, zůstává to plně jejich rozhodnutím.

Společenské akce, kterých se komunikační partneři účastní, jsou závislí především na doprovodu pracovníka. Autonomii v této oblasti vidím ale v tom, že se vždy samostatně rozhodnou podle vlastního vkusu a zájmu, například, který film navštíví. I když preference společenských akcí je u mnou zkoumaného souboru malá, dokáží si prosadit svůj názor. Jako potlačený projev autonomie považuji nemožnost disponovat se svými finančními prostředky.

Možnost účastnit se zahradních slavností považuji z hlediska přátelství a navazování nových kontaktů jako velmi vhodné, ale myslím si, že pokud by mělo

docházet k větší inkluzi handicapovaných, měli by se účastnit jiných společenských akcí, jako například divadlo či jiné akce ve městě.

Velkým projevem autonomie je rozhodování klientů o jejich průběhu dne. Všichni zmínění komunikační partneři mají možnost svobodně se rozhodovat.

### 5.3 Přátelství, láska

V této oblasti jsem se zaměřila na oblast blízkých osob, přátel a volné rozhodování o tom, kdy jedinec tráví svůj čas s blízkými. Zejména jsem se dotazovala na tyto oblasti:

Máte někoho blízkého?

Máte nějaké přátele?

Můžete sám rozhodovat, kdy s těmito lidmi budete?

Polovina komunikačních partnerů zmínila, že nemají nikoho blízkého, se kterým by sdíleli všechny své pocity. Patrik zmínil, že nejbližší osobou pro něj je matka a pro Janu je to její přítel. Co se týče přátel, nejčastěji mají dotazovaní přátele pouze v Domově „*No...občas chodím k sousedce na návštěvu, ona má taky postiženého syna. Když mám čas tak jdu dolů do jídelny, tam se scházíme.*“

Josef jako jediný komunikační partner však má kamarádku mimo zařízení, dojíždí za ní sám do nedaleké vsi. Rozhodování o tom, kdy s blízkými budou, je v kompetenci každého z nich. Mohou si naplánovat celou strukturu dne a dle toho pak s blízkými čas trávit. „*Vždycky Lence zavolám, kdy má čas, tak to jenom řeknu dole pracovníkům a jedu k ní na návštěvu.*“

\* \* \*

Mezi komunikačními partnery jsou většinou osoby, které nikoho blízkého nemají mimo zařízení. V tomto vidím pozitivum zařízení, že jsou zde lidé téměř se stejným stupněm postižení, kteří si spolu navzájem mohou povídat. Také jsem měla možnost pozorovat, že pokud se potkají na chodbě, přátelsky se spolu baví. Domnívám se, že i dle vyprávění, v Domově panují hezké vztahy.

Velkým projevem autonomie je opět svobodné rozhodování o tom, kdy budou s blízkými trávit čas. Jak jsem zmínila příklad Josefa, který má povinnost svou nepřítomnost v Domově pouze nahlásit a jede ke své kamarádce Lence. Co se týče Patrika, snažila bych se více o to, aby se zapojil mezi osoby z okolí. Lze na něm upozorovat, že téměř ve všech aktivitách je závislý na své matce, i když by tomu tak pro jeho soběstačnost nemuselo být.

## **5.4 Partnerské vztahy, sexualita**

Každý člověk potřebuje svého blízkého přítele, který je tu pro nás vždy, když potřebujeme, potvrzuje naši existenci a vztah s ním je zdrojem síly a radosti. Jinak tomu není ani u lidí s mentálním handicapem, kteří dokonce tento vztah potřebují více, než zdraví jedinci. Pokud se člověku těchto vztahů nedostává, může dojít k sociální izolaci či frustraci. Je důležité klienty s mentálním handicapem podporovat v hledání přátel či partnerů například prostřednictvím společenských akcí, seznamovacích večírků pro tyto lidi. (Drábek 2013: 21–22)

Sexualita patří po celý život k lidské přirozenosti, týká se jak zdravých jedinců, tak i lidí s handicapem. Sexualita je předurčena reflexy a pudy, ale sexuální chování se získává učením. (Thorová a Jůn 2012: 8)

Ve smyslu partnerských vztahů a sexuality je autonomie podobná, jako tomu bylo u oblasti přátelství a lásky. Tato kategorie byla v realizovaném výzkumu z části problematickou. Nebylo jednoduché se komunikačních partnerů na danou oblast ptát, jelikož je toto téma spíše osobního charakteru. Občas jsem na nich upozorovala, že je to pro ně citlivé téma, o kterém se nechtějí bavit. V těchto případech jsem téma partnerských vztahů a sexuality raději přeskočila a podrobněji se věnovala jinému tématu. Mé otázky směřovaly k těmto podoblastem:

Jací lidé se komunikačnímu partnerovi líbí, jeho aktuální vztah nyní, vztah dříve, povědomí o sexu, touha po sňatku, touha mít děti.

Konkrétně byly pokládány tyto otázky:

Jací lidé se vám líbí?

Chodíte s někým?



Děláte něco pro to, abyste s někým chodil/a?

Mluvil s vámi někdo o sexu?

Chtěl/a byste se oženit/vdát?

Chtěl/a byste mít děti?

#### **5.4.1 Partnerský vztah**

Při zkoumání partnerských vztahů jsem se zaměřila na to, zda komunikační partneři měli někdy v minulosti vztah či nějaký aktuálně mají nějaký. Většina z dotazovaných nikdy vztah neměla, ale ani nyní po něm netouží. Dále se Veronika zmínila, že dříve vztah měla, ale kvůli nátlaku rodičů jej musela ukončit. „*Kdysi dávno jsem měla kluka, byl to kuchař a bydlel moc daleko, psali jsme si dopisy. Ale rodiče to nechtěli, tak to skončilo.*“ Naproti tomu Josef popsal, že nikdy neměl žádný vztah, ale nyní po něm moc touží. Josef kvůli tomu šel i do Domova, aby se osamostatnil a našel si partnerku. „*Chtěl bych mít rodinu a děti, chtěl bych nějakou holku získat a pak bysme měli ty děti, holčičku a chlapečka, bydleli bysme ve velkém baráku, ale to bych musel mít peníze a chodit do práce, ale to je takový složitý, protože jsem postiženej.*“ Komunikační partnerka Jana zmínila, že přítele má, ale že se viděli naposledy v létě, moc se prý nestýkají. Autonomii v tomto případě zkoumání komunikační partneři projevují a to tím, že jednají dle vlastních rozhodnutí, jako například Josef, který touží po tom mít partnerský vztah, stále se snaží potkat dívku, se kterou by strávil zbytek života, ale bohužel se mu doposud nepodařilo.

#### **5.4.2 Povědomí o sexu**

Na toto téma jsem se nebavila se všemi komunikačními partnery, a to z toho důvodu, že jsem zpozorovala, že není příjemné se o sexu bavit. Komunikační partneři, kteří se vyjádřili, naznačovali, že nemají žádné ponětí o sexu. Můj subjektivní pocit je, že jisté povědomí jistě mají, jen se přede mnou styděli a nechtěli se o tématu bavit. Jana měla představu o sexu a svěřila se mi i s tím, že má vlastní dítě, které však kvůli přání rodičů musela dát do adopce.

### 5.4.3 Sňatek a rodičovství

Dotazování na tuto otázku se odvíjelo od předchozích, jako například Josef, který již na začátku zmínil, že touží po tom mít rodinu, mi dal jasnou odpověď: „*Chtěl bych mít manželku a dvě děti a bydlet s nima v tom baráku, to bych chtěl.*“ Jana, která popisovala, že má přítele, by také toužila bydlet sama ve svém bytě a s dětmi. Ostatní dotazovaní jasně vyjádřili, že o sňatek a rodičovství v žádném případě nestojí.

\* \* \*

Během rozhovorů o partnerských vztazích jsem měla pocit, že dotazovaní, kteří po partnerském životě skutečně touží, jako byl Josef a Jana těžce snášejí skutečnost, že nemohou se svým vysněným protějškem sdílet vlastní bydlení, být oddáni a budovat vlastní rodinu. Konkrétně Josef se vyjádřil takto: „*Když vidím nějakou holku, co se mi líbí, tak na ni začnu mluvit, ale ona se většinou otočí a jde pryč...takže s nikým pořádně nechodím.*“ Toto je vlastně omezování jejich autonomie, jedinci se nemohou rozhodnout pro volbu, kterou by chtěli. Myslím si, že tato skutečnost je i značně ovlivněna postojem společnosti k lidem s mentálním handicapem a zajisté by bylo lepší u lidí s tímto handicapem s tématem partnerství a sexuality více pracovat.

V oblasti sexuality se opovažují tvrdit, že komunikační partneři mají jisté mezery a jako vhodné bych doporučila vzdělávání v této oblasti. Jana, která přivedla na svět své dítě a následně jej musela dát do adopce, po něm psychicky strádá. Obdobné jednání je jistý zásah do přirozené autonomie jedince.

V tomto případě je lidem s mentálním handicapem upírána svoboda autonomně se rozhodovat. Dva komunikační partneři moc touží po tom samostatně bydlet a vychovávat dítě, ale bohužel jim však není tato realizace umožněna, jelikož jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům.

## 5.5 Podpora

V této oblasti jsem se postupně zaměřovala na to, jakou podporu by jednotliví komunikační partneři potřebovali k tomu, aby byli spokojeni, a to hlavně pro to, aby se mohli samostatně autonomně rozhodovat. Soustředila jsem se na osoby z jejich nejbližšího okolí, tedy na oblast rodičů, ale i na oblast osobních asistentů. Konkrétně jsem

zkoumala, v čem jim pomáhají, zda je něco, co jim na nich vadí a na koho se obrací při potřebě pomoci.

Komunikačním partnerům jsem pokládala tyto otázky:

Co byste potřeboval/a od jiných, abyste byl/a v životě spokojen/a?

Proč je dobré, mít osobního asistenta?

Je něco, co vám na nich vadí?

Za kým jdete, když potřebujete pomoci (např. když vás něco bolí a potřebujete k lékaři)?

### **5.5.1 Podmínky spokojenosti**

Aby byly dotazovaní více spokojeni, potřebovali by ve většině případů osoby, které by je doprovázeli do města na nákupy apod. Zmiňovali, že doprovod osobních asistentů není ideální, jelikož mají málo času a vždy musí spěchat. „*Někoho kdo by semnou chodil nakupovat svačinky, nebo do knihovny. Vždycky musím spěchat a neprohlídnu si knížky, který bych chtěla.*“

Osobně to na mě působilo dojmem, že kdyby měli klienti Domova například prostor jít do města s dobrovolníkem, který by na ně měl více času, mohli by projevovat svou autonomii ve smyslu samostatně si vybrat věci, které potřebují, aniž by byli pod nátlakem času.

Patrik by si však přál pro svou spokojenost úplně odlišnou věc, a sice neustálou blízkost matky. Když matka odejde, necítí se jistě a strádá. „*Aby tady byla mamka pořád semnou, když někam jde, tak mám pak strach, že se už nevrátí*“ V tomto případě je zřejmě Patrik ve svém autonomním rozhodování značně ovlivněn matkou.

### **5.5.2 Spokojenost s asistenty**

Asistenta vyhledávají obyvatelé domova v případech, kdy něco potřebují. Konkrétně domluvit si doprovod k lékaři, nákup, apod. Patrik zminil, že osobního asistenta nevyhledává vůbec, jelikož ve všem co potřebuje, mu pomáhá matka. Když

si komunikační partneři neví s něčím rady, obrací se nejčastěji na sociálního pracovníka, osobního asistenta, či na matku.

\* \* \*

V oblasti podpory je autonomie značná v případě, kdy si jednotlivci sami domlouvají asistenty, které potřebují k doprovodu do města. Avšak aby byli postupem času tito jednotlivci více autonomními, mělo by být usilováno o to, aby nebyli závislí na doprovodu druhého. V tomto případě to však prozatím nelze. Můžeme zpozorovat, že Patrik je ve velké míře závislý na své matce. To svědčí i z výše uvedené citace jeho slov.

S výkonem práce asistentů jsou dotazovaní spokojeni. Jejich fungování v této oblasti považují za autonomní zejména v situacích, kdy potřebují s něčím poradit, vědí, kam mají jít.

## **5.6 Bydlení**

Aby se lidé s mentálním handicapem osamostatnili a přestali být závislí na svých rodičích, existuje v České republice sociální služba – Chráněné bydlení. V této sociální službě žijí komunikační partneři mého výzkumu. Definicí chráněného bydlení jsem uvedla již v kapitole o charakteru zařízení. V chráněném bydlení bydlí jedinci v bytech či domech, přičemž jim je dle potřeby poskytována asistence. Konkrétně asistence může pomáhat při činnostech typu nakupování, manipulace s financemi apod. Charakter tohoto bydlení by měl být spíše ve smyslu podporování klientů, aby se učili své záležitosti obstarávat sami, popřípadě jim radí či dopomáhají. (Hrušková, Matoušek, Landischová in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010: 124)

V oblasti bydlení jsem se dotázala na:

Chtěl/a byste bydlet jinde?

Jaké je vaše vysněné bydlení?

S životem v Chráněném bydlení jsou všichni dotazovaní spokojeni, přičemž Jana a Josef by nejraději bydleli s partnerem ve svém bytě. Petra by toužila bydlet stále se svou matkou, která již před 2 lety zemřela, Petra se nemůže s touto skutečností stále vyrovnat.

\* \* \*

Při dotazování na to, zda si lidé bydlení ve vybraném zařízení vybrali sami, podotkli, že ne, ale že jsou zde spokojeni. Měnili by jen dva z nich, což jsem zmiňovala v oblasti partnerských vztahů a sexuality, a to konkrétně Jana a Josef, kteří touží bydlet ve vlastním bytě se svou rodinou a partnerem. Petra, která se stále nemůže vyrovnat se smrtí matky, by si zasloužila dle mého názoru větší oporu ze strany pracovníků a zřejmě by jí pomohlo i nalezení přátel, se kterými by mohla sdílet svůj život.

## **5.7 Sebeobsluha**

Osoby, kterým je diagnostikována lehká mentální retardace, jsou v oblasti sebeobsluhy dle Petráše (in Valenta, Michalík, Lečbých 2012: 266) poměrně samostatní. Tito jedinci potřebují dopomoci jen s nějakými úkony. Mezi úkony sebeobsluhy jsou řazeny zejména tyto činnosti: „*hygiena, oblékání a obouvání, stravování.*“ Zvládnutí sebeobsluhy přispívá k větší autonomii jedince. (Petráš in Valenta, Michalík, Lečbých 2012: 266)

Tato oblast byla rozdělena na několik podoblastí. Soustředila jsem se na oblast osobní hygieny, přípravy stravy, starosti o oblečení, výběr oblečení, výběr účesu, domácí práce a zdobení pokoje. Pokládala jsem komunikačním partnerům otázky, u kterých jsem se soustředila na to, zda při jednotlivých činnostech uplatňují svou autonomii a zda danou činnost vykonávají samostatně či s dopomocí, konkrétně to byly otázky:

Staráte se o svou osobní hygienu (čistíte si zuby, češete se, holíte se, koupete se)?

Připravujete pro sebe jídlo? Co připravujete?

Staráte se o své oblečení? (čistíte jej, perete, žehlíte)?

Vykonáváte domácí práce? (vynášíte koš, vysáváte, uklízíte)?

Zdobíte si svůj vlastní pokoj?

### **5.7.1 Osobní hygiena**

Nejprve byla zjišťována oblast osobní hygieny. Veronika, Jana a Josef se o svou osobní hygienu starají samostatně a nepotřebují dopomoc jiného pracovníka, tudíž

se nemusí vázat na žádný harmonogram, který by jim určoval, kdy budou s dopomocí osobní hygienu vykonávat. Veronice ne vždy vyhovuje sprchování ve sprše, zmínila se, že když potřebuje s osobní hygienou pomoci, tedy když se chce koupat ve vaně, potřebuje kvůli zdravotním problémům pomoc, kterou si dokáže sama domluvit. *„Někdy se chci koupat ve vaně, ale to sama nezvládnou, tak to mě pomáhají asistentky, vždycky jim musím říct dopředu.“*

Petra se řídí dle harmonogramu, který si stanovila se svou asistentkou pro každodenní výkon osobní hygieny. Mimo stanovený harmonogram osobní hygienu nevykonává, tudíž je v tomto smyslu její autonomní rozhodování omezeno. V případě, že by Petra chtěla vykonávat svou hygienu mimo stanovený harmonogram, dokázala by si sama domluvit pomoc asistentky. Patrik řekl, že svou osobní hygienu vykonává tehdy, když má máma čas a připomene mu to. *„Máma mě vždycky řekne, že mě půjde umýt, tak ji vždycky poslechnu.“*

### **5.7.2 Příprava stravy**

Stravu si v zařízení klienti připravují jen zřídka, jelikož je jim v zařízení nabízena celodenní strava. Klienti Veronika, Petra a Josef si stravu nepřipravují nikdy a využívají raději služby Domova. Důvodem, proč tomu tak je, je neschopnost zvládnout přípravu stravy samostatně a finanční náročnost zaplacení si asistenta při přípravě. *„Sama to nezvládnou, to mám strach, že bych se opařila vodou, kdyby mě někdo pomáhal, tak je to moc drahý.“* V tomto případě je projev autonomie omezenější, ale považuji za vhodné, že mají klienti Domova možnost vybrat si oběd ze tří jídel. V tomto smyslu mohou projevit své autonomní svobodné rozhodování. V případě, že si nevyberou ani jedno z nich, je to také jejich svobodná volba a nejsou do ničeho nuceni.

Naproti tomu Jana si připravuje celodenní stravu. *„Jo já si vařím, aji nakupovat si chodím sama, třeba si koupím rybi prsty a k tomu brambory, nebo na snídaňu si uvařím kafe a k tomu jogurt. Mně to nechutná to, co tady oni jí, to já si radši udělám něco sama.“* Jana se každý den samostatně rozhoduje, co si uvaří a jelikož je velice soběstačná, zvládá přípravu celodenní stravy velmi dobře, v tomto je její volba zcela autonomní. Patrik připravuje stravu s pomocí matky, která ho to prý postupně učí, ale o tom, co budou společně vařit, rozhodují spolu, přičemž se ho matka ptá, na co má chuť. Jeho podíl na

této práci je částečný, jelikož suroviny a většinu práce obstarává matka, má ale svobodnou volbu rozhodnout se pro to, co bude jíst.

### **5.7.3 Starost o oblečení**

V této oblasti komunikačním partnerům dle jejich výpovědí musí dost často pracovníci či matka připomínat, že je třeba si oblečení vyměnit a hodit jej do pytle se špinavým prádlem. Dále odnáší plný pytel se špinavým prádlem do prádelny, kde se o ně již postarají pracovníci. Není jim tedy umožněno, o výměně svého oblečení rozhodovat samostatně.

Své oblečení si mohou všichni komunikační partneři vybírat dle svého uvážení i při nakupování. Doprovod, který s nimi chodí nakupovat, jim často pomáhá s výběrem oblečení a hlídá, aby nepřekročili určitou částku. Zde je možné spatřit uplatňování vlastní autonomie jen z části, jelikož o jejich prostředky, za které si dotazovaní kupují oblečení se stále stará někdo jiný a v jejich kompetenci není s nimi zacházet dle vlastního uvážení.

### **5.7.4 Domácí práce**

Kompletně domácí práce, tzn. úklid, umývání nádobí, utírání prachu vykonává jen Jana. Patrik má na starost pouze vynášení odpadků a ostatní dotazovaní mají daný harmonogram (1x týdně), kdy k nim přichází asistentka pomáhat s úklidem. „*No vynáším si koš, pak sem vždycky v pátek chodí uklízečka a pomáhá mi uklízet v koupelně a utíráním podlahy.*“

Klienti, kteří jsou s výkonem domácích prací závislí na pomoci někoho druhého, si mohou v případě potřeby objednat dopomoc asistentky i v jiný, než stanovený termín. Této možnosti však nevyužívají a drží se předem stanoveného plánu. Prý jim tento systém vyhovuje.

### **5.7.5 Výzdoba bytu**

Většina klientů svůj pokoj zdobí samostatně, a to zejména výrobky ze stacionáře. To bylo zřejmé i při mé návštěvě v jejich bytě. O své výzdobě si mohou rozhodovat sami a svůj byt si mohou vybavit dle svého.

\* \* \*

V případě osobní hygieny dle mého názoru komunikační partneři svou osobní autonomii ve většině případů uplatňují. Je zřejmé, že Veronika, Jana či Josef uplatňují svou autonomii více, než Petra, která v případě potřeby vykonávat osobní hygienu v jiném, než stanoveném čase, musí projevit více úsilí. Naproti tomu Patrik v tomto smyslu svou autonomii neuplatňuje, jelikož tvrdil, že jeho výkon osobní hygieny se odvíjí od impulsu jeho matky.

V oblasti přípravy stravy mě velice překvapilo, že i vzhledem k tomu, že komunikační partneři mají diagnostikovaný jen lehký či střední stupeň mentální retardace si jich tak málo připravuje stravu samostatně. Myslím si, že co se týče snídaní a večeří, by zde byla možnost větší podpory a pomoci ze strany asistentů, aby se postupem času stávali méně závislími a dokázali si stravu pro sebe připravit samostatně, případně s dopomocí.

K výměně oblečení dávají často dotazovaným impuls jednak pracovníci, ale u Patrika také matka. V tomto případě je jim upíráno vlastní rozhodnutí být v tom, v čem se cítí dobře. Samotný nákup oblečení souvisí s finanční gramotností jedinců, přičemž někteří z nich postrádají schopnost rozpoznat hodnotu peněz. V tomto případě jim pracovníci pomáhají s výběrem ošacení, vzhledem k jejich finančním možnostem. Ale naopak jsou i tací, kteří si dokáží své peníze spočítat a na nákupy chodí samostatně, jako například Jana.

Domácí práce se ve většině případů odvíjí od předem stanoveného harmonogramu s osobními asistenty. Není pravidlem, že při potřebě uklízet musí klienti vždy čekat na příchod pracovníka, je třeba ale dodat fakt, že někteří z dotazovaných bez asistentů domácí práce nezvládají. V tomto případě si myslím, že každý z komunikačních partnerů by byl schopen si pomoc v jinak stanovený čas domluvit.

Zdobení svého bytu je plně v kompetenci klientů samotných. Pracovníci jim žádným způsobem do této oblasti nezasahují. V tomto případě jsou komunikační partneři plně autonomní.

## **5.8 Pracovní uplatnění**

Dle Koláčkové a Kodymové (in Matoušek, Koláčková, Kodymová 2010: 104) je pracovní uplatnění považováno u všech lidí jako jedna ze složek seberealizace. Lidé s



mentálním handicapem mají uspokojení této oblasti daleko těžší. Tato skutečnost může být způsobena například nedostatkem možností pracovního uplatnění.

V průběhu výzkumu se v oblasti pracovního uplatnění bylo třeba zaměřit na následující oblasti: momentální zaměstnání, dřívější zaměstnání, v případě nezaměstnanosti – hledání práce a vysněné zaměstnání.

Během dotazování jsem pokládala otázky tohoto typu, v případě jsem je doplnila i o doplňující otázky:

Vykonáváte nějakou práci?

Vykonáváte práci, za kterou máte peníze?

Bavil/a jste se někdy o práci s ostatními?

Přemýšlel/a jste někdy, kde byste chtěl/a pracovat?

Všichni dotazovaní jsou momentálně nezaměstnaní a byli i celý život. „*Pracovala jsem vždycky jenom doma, měli jsme velký dům, práce bylo hodně.*“ Jana s Josefem pracovní uplatnění usilovně s pomocí pracovníků hledají. Tito dva zmínění byli zaměstnání i dříve, ale pro příliš rychlé tempo a posměšky ze strany spolupracovníků museli pracovní poměr ukončit. „*Chodil jsem pomáhat do zahradnictví, to mě bavilo, ale bylo to daleko. Jezdil jsem autobusem. To bylo ještě, když jsem bydlel doma. Jenže bylo to náročný, byl jsem unavenej. Tak jsem to ukončil.*“

Ostatní práci nehledají a to z důvodu věku, ale někteří ani pracovat nechtějí. Zaměstnání, které by chtěli osoby vykonávat je umývání nádobí, tedy pomocná síla v kuchyni či zahradničení, práci se jim ale přes opětovné snahy kvůli obsazenosti nedaří sehnat.

\* \* \*

Z hlediska pracovního uplatnění vnímám autonomii u komunikačních partnerů, kteří o práci neusilují jako projev autonomie, jelikož je to jejich autonomní rozhodnutí nevykonávat žádnou práci. Jana a Josef, kteří pracovní uplatnění hledají a uplatňují také svou autonomii a to tím způsobem, že se o nalezení zaměstnání snaží a řeší to s pracovníky.

## 5.9 Budoucnost

V oblasti budoucnosti jsem blíže zkoumala, zda mají komunikační partneři představu o budoucnosti, konkrétněji co nastane zítra, co příští týden, za měsíc, či za rok.

Tázala jsem se především na:

Co myslíte, že budete dělat zítra?

Co myslíte, že budete dělat příští týden?

Co myslíte, že budete dělat za týden?

Je něco, čeho se bojíte?

Velká část dotazovaných si dokázala představit pod pojmy zítra, příští týden, za měsíc nějakou činnost, kterou budou vykonávat. Co mě velice překvapilo, je jejich pohled do budoucna a jejich obavy, konkrétně je to obava ze samoty, obava z nutnosti opuštění zařízení (kvůli poskytování sociálních služeb do určitého věku) „*Je to tu do určitýho věku, nevím do jakýho, a potom ty lidi dávaj do nějakýho domova důchodců.*“ Další obavou je strach z nenalezení partnerky, ale také obava z porozumění si s asistenty po smrti matky.

\* \* \*

Autonomie z hlediska budoucnosti je u dotazovaných málo značná. Soustředila jsem se hlavně na jejich obavy z budoucna. Nedožvěděla jsem se, jakým způsobem mohou rozhodovat o tom, kde budou nadále bydlet. Pokud u nich takové obavy jsou, myslím si, že by na to měli být postupem času připravováni. Jediný Patrik má strach z neporozumění si s asistenty, jelikož nyní s nimi téměř vůbec nepříjde do styku a veškerá pomoc je ze strany matky. Pouze když je matka nějakou dobu pryč, je Patrik odkázán na pomoc druhých. V tomto případě se mi nabízí jako vhodné řešení, aby Patrik trávil více času bez matky a každý tak měl svůj prostor na odpočinek. Tento čas by Patrik mohl trávit s asistenty, na které by si postupně zvykal.

## 5.10 Finanční gramotnost

Důležitou oblastí pro zkoumání lidské autonomie je také oblast finanční gramotnosti. V této oblasti jsem zkoumala, zda se komunikační partneři mohou starat o své finance, konkrétně jestli je mají u sebe, dále jakou mají představu o ceně věcí denní potřeby a o možné výplatě.

V průběhu rozhovoru jsem se dotazovala konkrétně na:

Máte peníze u sebe?

Víte, kolik stojí boty?

Víte, kolik stojí kartáček na zuby?

Víte, kolik stojí jídlo na den?

O finance komunikačních partnerů se starají především sociální pracovníci. Když si chtějí něco koupit, musí spolu s pracovníkem sepsat, co vše potřebují, ale i přibližnou cenu dané věci. *„Mně se o peníze starají v kanceláři, vždycky když si chcu něco koupit tak jim musím říct a oni mě dají, pak zase zbytek jdu vrátit.“*

O peníze se pak během nákupu starají sami, nebo jim pomáhají pracovníci. Zbytek peněz pak vrátí sociálnímu pracovníkovi. Pouze Veronika má finance u sebe a Patrikovi se o ně stará matka. Více než polovina má představu o ceně věcí denní potřeby, jako je jídlo na den, kartáček na zuby a boty. Ale zbylí komunikační partneři tuto představu téměř nemají.

Jana s Josefem, kteří touží po tom, být zaměstnaní si dokáží představit, kolik peněz mohou vydělat. *„Kdybych si vydělal zase tak ty 2 stovky za den, tak to by mi stačilo.“*

\* \* \*

O své finance se klienti Domova téměř ve všech případech nestarají sami, ale zároveň mají přehled, jak velký je jejich zůstatek u pracovníků. Z hlediska bezpečnosti je tento systém dobrý, ale z hlediska autonomie jsou klienti značně omezeni. Myslím si, že vhodným řešením by bylo rozvržení kapesného například na týden, aby se s ním komunikační partneři naučili manipulovat a věděli, jakou částku mohou

utrátit a kolik jim musí zůstat pro další potřebu. Je třeba však dodat fakt, že ti, kteří nemají peníze u sebe, jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům a možné řešení financí by bylo třeba řešit s opatrovníkem.

V případě nalezení zaměstnání u Jany a Josefa by bylo vhodné, aby s vydělanými penězi měli možnost disponovat sami, zpočátku samozřejmě pod vedením asistentů. Měli by tak možnost se postupem času naučit s penězi hospodařit.

## 5.11 Sociální srovnávání

Oblast sociálního srovnávání zahrnovala dotazy typu, zda se jedinci cítí dospělí a jak se cítí s ostatními lidmi. Zaměřila jsem se na tyto dvě oblasti:

Jste dospělý?

Jak se cítíte s ostatními lidmi?

Všichni komunikační partneři se cítí být dospělými a s ostatními lidmi se cítí různě, například s obyvateli zařízení se cítí dobře, ale s lidmi z okolí se cítí divně, mají pocit, že na ně divně koukají a považují je za méněcenné. *„Ti co nejsou postižení na mě divně koukají, ale jinak je to tady dobrý, tady se bavím s každým, koho potkám.“*

Setkala jsem se i s názorem, konkrétně od Petry, která neřeší, jak se cítí s ostatními lidmi.

\* \* \*

V případě sociálního srovnávání komunikační partneři popisovali například situace, kdy nakupují v obchodě a ostatní na ně zvláště koukají. Věděla jsem již dříve, že se takovéto věci dějí, ale překvapilo mě, jak tuto věc lidé s mentálním handicapem osobně vnímají. Opovažují se tvrdit, že jednotlivci jsou pak upíráni při své autonomii a to hlavně v tom, že se chovají dle toho, aby se to líbilo společnosti, ale ne dle svého soudu.

Vhodné pro tuto situaci by mohlo být řešení inkluze a práce s klienty, ale hlavně s okolní společností.

## 5.12 Vzdělání

Co se týče oblasti vzdělání, byly pokládány komunikačním partnerům tyto otázky:

Chodil jste někdy do školy?

Chodil jste někdy do nějakých rekvalifikačních kurzů?

Všichni komunikační partneři navštěvovali základní školu praktickou (nazvali ji dle dřívějšího názvu – zvláštní), dále se vzdělával pouze Josef, a to zřejmě v kurzu vaření. „Chodil jsem do zvláštní školy a pak ještě někam, tam jsme se učili vařit a tak“

\* \* \*

Vzdělání u dospělých osob bylo jen doplňující oblastí, která měla zmapovat, zda se nějakým způsobem připravovaly na svůj budoucí život, konkrétně pracovní uplatnění. Byl zjištěn jen jeden podnět, a to u Josefa, který navštěvoval kurz vaření. Zejména u Jany a Josefa, kteří touží po tom být zaměstnání, bych usilovala o to, aby se v nějakém kurzu vzdělávali pro jejich lepší budoucí uplatnění a tedy postupné získávání autonomie.

## Závěr

Bakalářská práce se věnuje autonomii mentálně handicapovaných jedinců, žijících v Domově X. Toto zařízení je svou poskytovanou službou specifické, jelikož zde mají možnost žít mentálně handicapovaní jedinci se svými rodiči, ale i bez nich.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak jsou komunikační partneři nezávislí na rodičích, ale také v čem a na kolik se dokáží starat sami o sebe. Dále jsem se zaměřila na to, do jaké míry je pro mentálně handicapované jedince handicap překážkou a především, jak dokáží sami o sobě rozhodovat.

Metodou mé práce byl kvalitativní výzkum, který byl proveden na základě polostrukturovaných rozhovorů s pěti komunikačními partnery, tedy mentálně handicapovanými jedinci žijícími ve zmíněném Domově X. Mezi respondenty byli zařazeny osoby, které žijí v zařízení samostatně, ale i ti, kteří tu žijí s rodiči.

V konceptuální části jsem se blíže věnovala pojmu mentální handicap, rozlišila jsem tento pojem s pojmem postižení, vydefinovala jsem stupně mentální retardace a naznačila, jak může mentální handicap vnímat běžná populace ve stereotypních představách. Další kapitolou konceptuální části byla autonomie z hlediska různých dimenzí života jedince, kde jsem autonomii přirovnávala k souvisejícím pojmům jako je nezávislost, soběstačnost, svoboda a popsala jsem jednotlivé dimenze autonomie, dále jsem se v této kapitole věnovala změnám, které jedinec v souvislosti s autonomií v průběhu života prožívá. V třetí kapitole jsem se věnovala legislativě, vztahující se konkrétně k postavení osob s mentálním handicapem v České republice.

Ve výzkumné části jsem popsala zvolenou metodu a techniku své práce, výzkumný soubor a postup, který jsem zvolila. Dále jsem rámcově popsala zařízení, ve kterém byl výzkum vykonáván a následně jsem popsala jednotlivá výzkumná zjištění.

Z hlediska výzkumných zjištění jsem byla velice překvapena, nejvíce tím, že jako oblast, ve které dotazovaní nejvíce projevují svou autonomii, je oblast volného času, kdy mohou libovolně rozhodovat, jak se svým dnem (od rána do večera naloží). I když všechny aktivity ve volném čase komunikační partneři nevykonávají samostatně, umí si autonomně rozhodnout o tom, které chtějí vykonávat, a umí si případnou asistenci

zařídít. Naopak oblast, kterou považuji za nejméně autonomní, je oblast přátelství, lásky a partnerských vztahů a sexuality.

O této problematice se zmiňuje i (Štěrbová 2014: 18), která uvádí, že mentálně handicapovaní více jak „zdraví“ jedinci potřebují větší ochranu a vzdělávání v oblasti sexuality. Mentálně handicapovaní by tak byli i více chráněni před sexuálním zneužíváním.

Dle Weise (2012: 34 in Hanková 2014: 32) by měla být u lidí s mentálním handicapem sexuální výchova podporována, jelikož souvisí s naučením se správných vzorců jednání a pochopení principu manželství či partnerství.

Je třeba zdůraznit fakt, že většina z dotazovaných na otázky pokládané v těchto oblastech odpovídala chladně, ale můj názor je, že se pouze styděli o tématu hovořit. Lidé, se kterými jsem měla možnost realizovat rozhovory, by toužili po tom, aby mohli fungovat jako „zdraví“ jedinci. Nejde jen o partnerské vztahy, ale jde i o přátelství, o vztahy s ostatními. Například komunikační partnerka Petra stále teskní po zemřelé matce. Kdyby vztah s matkou někdo nahradil, myslím si, že by její bolest nebyla tak silná. Naproti tomu u Patrika jsem měla v průběhu dotazování možnost upozorovat ve všech oblastech silnou závislost na matce, a to nejen v oblasti vlastního rozhodování, ale i v činnostech, které by mohl zvládnout sám, ale spoléhá při nich na matku. Myslím si, že jak Patrikovi, tak i jeho matce by prospělo trávit některé aktivity odděleně, a to z důvodu, aby každý mohl samostatně rozvíjet svoji autonomii. Další oblasti jako: podpora, bydlení, pracovní uplatnění budoucnost, sociální srovnávání úzce souvisí s těmi ostatními, jelikož od nich se odvíjejí výsledky i v těchto oblastech.

Mile jsem byla překvapena v oblasti sebeobsluhy u výkonu osobní hygieny, jelikož o tuto stránku se většina komunikačních partnerů zvládne starat samostatně. K oblasti finanční gramotnosti bych měla doporučení, aby se učili více disponovat s penězi a učili se znát hodnotu peněz a tím se zvyšovalo i jejich autonomní jednání. Poslední oblastí byla oblast vzdělání, kde jsem měla možnost poznat, že všichni komunikační partneři navštěvovali praktickou školu, ale dále se již nevzdělávali. Vzhledem ke zjištěním rezervám a potřebám rozvoje autonomie bych doporučila vzdělání v oblasti partnerství a sexuality, finanční gramotnosti, ale také v oblasti sebeobsluhy – příprava stravy, starost o oblečení a domácí práce. Co se týče zvolené metody a techniky výzkumu, myslím si,

že z hlediska povahy výzkumu byly zvoleny vhodně. Měla jsem možnost rozpoznat rezervy, které v daném zařízení jsou, se kterými by se mělo pracovat, aby docházelo k efektivnímu výkonu sociální práce. Zejména z toho důvodu, aby zkoumaní jednotlivci měli možnost žít kvalitní život a co nejvíce uplatňovat jejich autonomii.

Opovažuji se tvrdit, že se vytyčený cíl práce podařilo naplnit, jelikož jsem zjistila v čem a na kolik jsou obyvatelé Domova X autonomní a v čem naopak mají rezervy. Výsledky mého výzkumu mohou být dobrým zdrojem pro pracovníky Domova X, kterým poslouží jako návod k tomu, kterým oblastem se s klienty mají více věnovat a naopak, ve kterých klienti už žádnou pomoc nepotřebují.



## Seznam literatury

### Použité zdroje:

Baumgartner, F., Karaffová E. (2012). *Strategie zvládání ve vztahu k aspektům vynořující se dospělosti*. Praha: Karolinum.

Burianová, I. (2010). Zdravotní postižení v kontextu sociální práce, Role sociálního pracovníka v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce, *Sociální práce/sociální práce*. roč. 10, č. 4, s. 113. Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Drábek, T. (2013). *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením*. Praha: Svaz tělesně postižených.

Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita*. Havlíčkův Brod: GradaPublishing, a. s.

Hanková, M. (2014). Sexuální výchova osob s tělesným postižením. *Sociální služby*. roč. 16, č. 11, str. 32. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál s. r. o.

Chráška, M. (2007). *Metody sběru dat v klasických pedagogických výzkumech*. Pedagogická fakulta UP v Olomouci: VOTOBIA.

Krhutová, L. (2010). Zdravotní postižení v kontextu sociální práce, Teorie a modely zdravotního postižení, *Sociální práce/sociální práce*. roč. 10, č. 4, str. 50. Asociace poskytovatelů sociálních služeb.

Křížkovská, P. Tomalová, P. a kol. (2012). *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Lečbých, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc.

Macek, P. Lacinová, L. (2012). *Vztahy v dospívání*. Brno: Barrister&Principal.

Marinčová, B. (2015). *Sociální dopady mentálního postižení a možnosti pomoci ze strany sociálního pracovníka*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc. Absolventská práce.

- Matoušek, O. Koláčková, J. Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál s. r. o.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GradaPublishing, a. s.
- Novosád, L. (2009). *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál s. r. o.
- Procházková, L. (2014). *Možnosti pracovního uplatnění lidí s postižením – současné trendy v České republice a v zahraničí*. Brno: Masarykova univerzita.
- Regec, V. Stejskalová, K. a kol. (2012). *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Sebera, M. (2012). *Vybrané kapitoly z metodologie*. Brno: Masarykova univerzita.
- Slowík, J. (2015). *Člověk s handicapem v křesťanském společenství*. Praha: Advent Orion, spol. s. r. o.
- Slowík, J. (2016). *Speciální pedagogika*. Praha: GradaPublishing, a. s.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Sýkorová, D. Chytil, O. (2004). *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě: ALBERT.
- Šiška, J. (2005). *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum.
- Štěrbová, D. (2014). Osoby s mentálním postižením a potřeba sexuální výchovy a osvěty v sociálních službách. *Sociální služby*. roč. 16, č. 6–7, str. 18. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Thorová, K. Jůn, H. (2012). *Vztahy, intimita a sexualita lidí s mentálním handicapem nebo s autismem*. Asociace pomáhající lidem s autismem - Apla Praha, Střední Čechy, o.s.

Valenta, M. Michalík, J. Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Pardubice: GradaPublishing, a. s.

Vavříková, H. (2013). *Co to je, když se řekne autonomie*. Senzační senioři [online]. Dostupné z: <http://www.sensen.cz/aktuality/2013/co-to-je,-kdyz-se-rekne-autonomie/> [cit. 10.2.2017]

### **Internetové zdroje:**

Vláda České republiky (2015). *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020* [online]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovných-přiležitosti-pro-osoby-se-zdravotním-postižením-na-období-2015-2020-130992/> [cit. 5.2.2017]

Webové stránky Domova X.

### **Legislativa:**

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 198/2009 Sb. Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

Zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti