

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Role ambulantních sociálních služeb na podporu a rozvoj
samostatnosti u osob s lehkým mentálním postižením**

Diplomová práce

Autor:	Bc. Romana Marušková
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Forma studia:	Kombinovaná
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Zadání diplomové práce

Autor: Romana Marušková

Studium: U1940

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Role ambulantních sociálních služeb na rozvoj a podporu samostatnosti u lidí s lehkým mentálním postižením**

Název diplomové práce AJ: The Role of Outpatient Social Services to Develop and Support Independence of People with Mild Mental Disability

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce je zjistit jakou roli zastávají ambulantních sociální služby v rozvoji a podpoře samostatnosti u lidí s lehkým mentálním postižením. Teoretická část se bude zabývat sítí sociálních služeb pro osoby s lehkým mentálním postižením, jejich zaměstnáváním či rolí rodiny. V praktické části bude využita kvalitativní výzkumná metoda. Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů.

LEČBYCH, Martin. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4. SOLOVSKÁ, Vendula. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013, 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucí práce Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a trpělivost v průběhu vypracování této diplomové práce. Chtěla bych také poděkovat všem v mém okolí, kteří mě za dobu studia podporovali. Poděkování patří také všem, kteří byli v této době ochotni věnovat mi čas a odpovídat na mé otázky.

Anotace

MARUŠKOVÁ, Romana. 2022. *Role ambulantních sociálních služeb na podporu a rozvoj samostatnosti u osob s lehkým mentálním postižením*. Hradec Králové. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová Ph.D. 77 s.

Práce se bude zabývat tématem vlivu ambulantních služeb na rozvoj a podporu samostatnosti u osob s lehkým mentálním handicapem. Hlavním cílem práce je popsat, jakou roli v podpoře a rozvoji samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem zastávají ambulantní sociální služby z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. V teoretické části budou popsána základní témata vztahující se k problematice, jako je rozložení ambulantních služeb pro osoby s mentálním handicapem v ČR, podporované rozhodováním atd. V empirické části bude pomocí kvalitativní výzkumné metody, konkrétně technikou polostrukturovaného rozhovoru zjišťována odpověď na stanovené výzkumné cíle z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Cílem empirické části bude zjistit, jaký význam má ambulantní sociální služba pro osoby s lehkým mentálním handicapem v souvislosti s podporou a rozvojem samostatnosti či jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se jim ze strany ambulantní služby dostává.

Klíčová slova: osoby s lehkým mentálním handicapem, ambulantní sociální služby, samostatnost

Annotation

MARUŠKOVÁ, Romana. 2022. *The Role of Outpatient Social Services to Develop and Support Independence of People with Mild Mental Disability*. Hradec Králové. Diploma Dissertation. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institution of social work. Leader of the Diploma Dissertation: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D. 77 pp.

The Diploma thesis will deal with the influence of outpatient services on the development and support of autonomy for people with mild mental disabilities. The main goal of this thesis is to describe what role in the support and development of independence of people with mild mental disabilities are played by outpatient social services from the perspective of social workers and workers in social services. The theoretical part will describe the basic topics related to the issue, such as the distribution of outpatient services for people with mental disabilities in the Czech Republic, decision-making, etc. In the empirical part, the answer to the set research goals from the point of view of social workers and workers in social services will be determined by means of a qualitative research method, specifically the technique of a semi-structured interview. The aim of the empirical part will be to find out the importance of the outpatient social service for people with mild mental disabilities in connection with the support and development of independence or what support for the development of independence they receive from the outpatient service.

Key words: people with mild mental disabilities, outpatient social services, independence

Seznam zkratek

AAMR.....	American Association on Mental Retardation
CBR MATRIX	Community Based Rehabilitation Matrix
ICIDH.....	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
IQ.....	Intelligenční kvocient
PCA	Personal Centred Approach
PCE Europe	European Network for Person-Centred and Experiential Psychotherap and Counseling
WAPCE.....	World Association for Person Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling
WHO	World Health Organization

Obsah

Úvod	10
1 Cíl práce a nástin metodiky zpracování	11
2 Ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním handicapem	13
2.1 Nástroje ambulantních služeb k podpoře a rozvoji samostatnosti klientů s lehkým mentálním handicapem	18
2.1.1 Role standardů kvality v podpoře samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem	18
2.1.2 Individuální plánování jako nástroj podpory samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem	19
2.2 Role sociální práce při rozvíjení samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem	21
3 Specifika osob s lehkým mentálním handicapem	27
3.1 Identita a sebeurčení osob s lehkým mentálním handicapem	29
3.2 Podporované rozhodování	31
4 Možnosti rozvoje samostatnosti u osob s lehkým mentálním handicapem	34
4.1 Přístup zaměřený na člověka	35
4.2 Sociální práce jako součást ucelené rehabilitace	37
4.3 Rozvoj samostatnosti v oblasti zaměstnávání osob s lehkým mentálním handicapem	41
4.4 Podpora samostatnosti v oblasti bydlení osob s lehkým mentálním handicapem	45
5 Výzkumné šetření	47
5.1 Formulace hlavního výzkumného cíle (HVC) a dílčích výzkumných cílů (DVC)	47
5.2 Metodologie výzkumu	49
5.3 Výběr výzkumné techniky	49
5.4 Charakteristika výzkumného vzorku	49
5.5 Transformace výzkumných cílů do výzkumných otázek	51

5.6	Etické aspekty a rizika výzkumu	54
5.7	Realizace výzkumného šetření	54
5.8	Zpracování získaných údajů	55
6	Analýza a interpretace dat	56
6.1	Analýza a interpretace DVC 1	56
6.2	Analýza a interpretace DVC 2	59
6.3	Analýza a interpretace DVC 3	63
6.4	Analýza a interpretace DVC 4	65
7	Závěr výzkumného šetření, diskuse a doporučení do praxe	68
	Závěr	71
	Seznam použité literatury	72

Úvod

Téma diplomové práce odráží částečně mé profesní zaměření v praxi. Pracuji primárně s osobami s duševním onemocněním, ale také s lidmi s mentálním handicapem. V rámci kazuistického setkání ambulantních služeb zaměřených na tuto cílovou skupinu mě zaujalo následující opakující se téma. Tím byla osoba s mentálním handicapem, která v rámci ambulantní služby získala dostatečnou podporu a dovednosti pro posun své samostatnosti směrem ke chráněnému zaměstnání a bydlení. Osoba tak dostala možnost osamostatnit se od své rodiny a žít život o mnoho bližší životu většinové populace obdobného věku. To je také současným cílem práce s těmito lidmi. Bohužel mu tento posun nebyl umožněn z důvodu nesouhlasu rodiny/pečujících.

Včasné zvyšování samostatnosti může být také jednou z variant řešení problému dlouhodobě pečujících, kterým ve vyšším věku začínají docházet síly a potřebují zajistit péči o sebe samé. Řešení toho, kdo se o člena s handicapem postará až nebudou moci, často odkládají. Ve spolupráci s ambulantními službami by na řešení mohli začít pracovat dříve než v akutní fázi. Člověk, který je veden v průběhu života k co nejvyšší míře samostatnosti, je vybaven schopnostmi a dovednostmi, sociálními kontakty či pracovními návyky (Cimrmannová, 2020). Díky tomu se pečující osoby nemusejí obávat situace, kdy sami nebudou moci péči zajistit. Klíčovým krokem je včasné osamostatnění v lokální i psychosociální rovině, v čemž mohou zastávat důležitou roli například ambulantní sociální služby.

Výše popsané téma je v současné době velice aktuální a s nutností řešit podobnou situaci se mohou setkat pracovníci a pracovnice z různých oblastí. Řešení tohoto tématu vnímám jako velice důležité, protože přímo ovlivňuje kvalitu života osob s mentálním handicapem a v některých případech také jejich základní lidská práva. Ambulantní sociální služby mohou být první službou, kterou rodina osloví ve chvíli, kdy se snaží vyhledat podporu z vnějšku. Tyto služby tak mohou být prvním krokem k vyšší samostatnosti, potažmo i kvalitnějšímu životu osob s lehkým mentálním handicapem.

Pozornost bude v této práci zaměřena na dospělé osoby s lehkým mentálním handicapem, přičemž lze dospělost vymezit z různých hledisek. Pro účely této práce bude vymezena tak, že daný člověk již ukončil vzdělání a chystá se zahájit další etapu svého života nebo ji již zahájil, přičemž se netýká osob seniorského věku.

1 Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Diplomová práce se věnuje tématu samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem a rolí ambulantních služeb na její podporu. **Hlavním cílem práce je popsat, jakou roli ambulantní služby zastávají v životě osob s mentálním handicapem s ohledem na podporu a rozvoj jejich samostatnosti z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.**

Cíle teoretické části:

- popsat ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním handicapem z pohledu jejich zacílení na danou skupinu osob. Součástí je popis role sociální práce a využití zákonných nástrojů pro rozvoj autonomie osob s mentálním handicapem a naplňování poslání služby
- popsat osobnost člověka s mentálním handicapem z hlediska kvality života, potřeb a uplatňování základních práv a svobod. Cílem je také popsat a zdůvodnit užívané pojmenování této cílové skupiny osob
- popsat způsoby a možnosti práce s lidmi s mentálním handicapem využitelné v rámci ambulantních sociálních služeb. Dalším cílem této kapitoly je popsat možnosti rozvoje samostatnosti v oblasti bydlení a zaměstnávání osob s lehkým mentálním handicapem.

Cíle metodické části:

- stanovení hlavního výzkumného cíle, který má zjistit, jakou roli ambulantní služby zastávají v životě osob s mentálním handicapem s ohledem na podporu a rozvoj jejich samostatnosti z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách
- zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu sociálních pracovníků
- zjistit, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle sociálních pracovníků
- zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu pracovníků v sociálních službách
- zjistit, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle pracovníků v sociálních službách.

K získání informací bude využita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru. Ten zajišťuje pokrytí všech zvolených témat a zároveň ponechává volný prostor pro úplné vyjádření informantů. Po získání rozhovorů bude přistoupeno k přepisu rozhovorů a dále k vytváření kódů k tematickým úsekům. Těmto kódům

budou přiřazeny kategorie, jejichž pomocí budou získaná data interpretována dle dílčích cílů. Na základě toho bude zodpovězen hlavní cíl práce.

Výsledky z výzkumného šetření mohou sloužit k připomenutí důležitosti tohoto sektoru služeb a jejich vlivu na kvalitu života klienta. Toto téma je důležité zejména v kontextu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, kdy je cílem přesunout služby co nejbližší klientovi a zajistit mu život co nejvíce podobný životu běžné populace. Při zpracování tématu mohou vyvstat problematika témata v rozvoji samostatnosti osob s mentálním handicapem. Čím více se o takových tématech hovoří, tím větší je šance na jejich řešení. Pro sociální pracovníky je důležité taková témata odkrývat a komunikovat je směrem k veřejnosti i relevantním orgánům.

2 Ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním handicapem

Čím blíže je člověk k dospělosti, tím spíše se snaží osamostatnit. Stejně je tomu i u lidí s mentálním handicapem. Rozvíjení schopností a dovedností je pro ně velmi důležité. V dospělosti však již nemají podporu školní instituce. V lepším případě zůstane v okolí člověka rodina, která v rozvoji samostatnosti hraje významnou roli. Vítanými pomocníky se v tuto chvíli stávají ambulantní sociální služby, které svým způsobem mohou navazovat na školní docházku a pomáhat v dalším rozvoji a upevňování dovedností (Solovská, 2013). Cílem je vedení člověka skrze aktivizační činnosti k samostatnosti v běžném životě (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014).

Hrušková, Matoušek a Landischová (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010) souhlasně uvádějí, že před rokem 1989 se služby v ČR omezovaly především na ústavy a rodiče nebyli podporováni v péči o své dítě. Mezi lety 1989 a 2006 docházelo k procesu transformace. Systém sociální pomoci a péče byl nákladný a částečně také nefunkční. V rozvoji služby samotné v tomto období blokoval vznik zákona o sociálních službách, na který se čekalo více než deset let. Ve velké míře docházelo k marketizaci a komercializaci sociálních služeb. Začal se rozvíjet neziskový sektor a doplnil tak oblasti, které nebyly vhodně zajištěny státem, kraji, obcemi. Zapojovat se začal také občanský a církevní sektor (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

Velký posun byl zajištěn přijetím zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zákon upravuje ambulantní služby takto: „*Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.*“ (§ 32, 33) Stěžejní pozici v poskytování sociálních služeb mají v současné době nestátní neziskové organizace (dále jen NNO). Nejčastěji se jedná o obecně prospěšné společnosti, zapsané spolky či ústavy. NNO zajišťují 61,76 % veškerých sociálních služeb v ČR. Veřejný sektor zajišťuje 33,56 % služeb a na posledním místě je sektor soukromý, který zajišťuje 4,68 % služeb (Hommerová, Brunclíková, Dvořáková, 2020).

Vzhledem k formě poskytování se ambulantní sociální služby mohou stát opěrným pilířem pro rodiny pečující o člena s mentálním handicapem (Valenta, 2013). Napomáhají normalizaci života všech jejích členů. Klienti získají náplň volného času. Jejich dny jsou méně stereotypní a jednotvárné. Naopak se zvyšuje jejich různorodost a získávají dostatek podnětů. Tyto aspekty

prodlužují délku života, a to nejen z hlediska subjektivního vnímání (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014).

Ambulantní služby mají také svá negativa. Limitujícími okolnostmi pro využívání ambulantních služeb pro klienty je nutnost hradit pobyt ve službě dle hodinové sazby, jejíž maximální výši reguluje vyhláška 505/2006 Sb., a také jejich špatná dostupnost. Klienti z odlehlých vesnic mohou mít problém najít dopravní spojení. V některých krajích je celkový nedostatek ambulantních služeb určených pro osoby s mentálním handicapem. V roce 2015 byl například v Karlovarském kraji pouze čtvrtinový počet poskytovatelů sociálních služeb oproti Praze nebo Středočeskému kraji (MPSV, 2014).

Nejen řešení špatné dostupnosti služeb se věnuje národní strategie rozvoje sociálních služeb, ale také snaze o deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb. V rámci té by měl být zajištěn dostatečný přísun financí na rozvoj terénních a ambulantních služeb. I přesto je zajištění financování pro většinu služeb tím nejnáročnějším úkolem při poskytování. Pouze 30 % poskytovatelů je zřízeno státní správou a samosprávou, ale čerpá 67 % výdajů určených na chod veškerých služeb (MPSV, 2014).

I přes obtížnost získávání finančních prostředků se situace a skladba sociálních služeb pro osoby s mentálním handicapem v České republice mění již od roku 1989. Jsou budovány jiné typy služeb v oblasti bydlení. Domovy pro osoby s mentálním handicapem se transformují na bytové jednotky (MPSV, 2021, online). Transformace a deinstitucionalizace však neprobíhá pouze prostřednictvím přestavby budov a hmotných statků. Nejdůležitější část probíhá v „hlavách“ všech zainteresovaných i široké veřejnosti, která se učí překonávat zaběhnuté stereotypy. Dle Furmaníkové, Havrdové, Tollarové a Vrzáčka (2013:50) záleží „*především na změně kultury a identity organizace spojené se změnou postojů jednotlivých aktérů.*“ Lidem s mentálním handicapem je předávána možnost samostatně rozhodovat o svém životě. Změna způsobu života přináší zpočátku stres, avšak z dlouhodobého hlediska se prokázalo zlepšení psychické pohody (Transformace sociálních služeb, 2016).

Se změnou ústavního bydlení se mění i způsob poskytované péče a podpory směrem ke klientům. Aby proces transformace a deinstitucionalizace měl dobré výsledky, je nutný adekvátní rozvoj komunitních sociálních služeb terénní a ambulantní formy. A jelikož je ambulantních sociálních služeb pro osoby s mentálním handicapem celá řada, byly vybrány čtyři stěžejní služby, na které bude text práce soustředěn. Jedná se o centra denních služeb, denní stacionáře, sociální rehabilitaci a sociálně terapeutické dílny.

Centra denních služeb

Prvním z příkladů ambulantních služeb, na které je kladen zřetel jsou centra denních služeb (CDS), která jsou podobná denním stacionářům. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (§ 45) Klienti dochází do služby ve všední dny dle provozní doby. Tráví zde čas a dle své potřeby odchází a vrací se do svých domovů. Dle Feikové (2019) jsou na rozdíl od zaměření denních stacionářů nastaveny i pro klienty, kteří nedocházejí soustavně, ale spíše nahodile dle svých potřeb. Kahoun (2013:367) popisuje hlavní cíle centra denních služeb: *„pomáhají dospělým osobám se sníženou soběstačností či zdravotním postižením udržet a rozvíjet stávající soběstačnost a tím předcházet riziku závislosti na druhé osobě, předchází sociální izolaci a snižuje riziko sociálního vyloučení.“* Snaha o předcházení riziku závislosti na druhé osobě napomáhá tomu, aby nebyl udržován příliš pečující a ochranný přístup při práci s klienty.

Cíle poskytování sociální služby CDS uvádí v souladu s Kahounem na svých internetových stránkách také jeden z poskytovatelů v Libereckém kraji. Jako poslání centra denních služeb uvádí předcházení sociálnímu vyloučení, upevňování získaných dovedností a schopností, rozvíjení samostatnosti prostřednictvím volnočasových aktivit, zájmových aktivit či pracovních činností. Dochází k rozvoji soběstačnosti, vztahů, získávání nových kompetencí nacvičováním komunikace v modelových situacích. Klienti získávají také pracovní návyky a mohou je připravovat na zaměstnání na chráněném či nechráněném trhu práce. Základním principem poskytované služby je zachování možnosti volby, rovnocenný přístup, individuální přístup a poskytování podpory přiměřeně schopnostem klienta (APOSS, 2021, online).

Denní stacionáře

V případě využívání denního stacionáře se člověk stejně jako u služby CDS vrací na noc domů, kde o něj pečují jeho rodina a pracovní dny tráví v zařízení. Stejně jako u předchozí služby je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Zde rozvíjí své schopnosti a dovednosti, získávají kontakt se sociálním prostředím apod. (Feiková, 2019).

Kahoun (2013:367) popisuje denní stacionáře jako *„ambulantní sociální službu, která je poskytována lidem, kteří se z důvodu snížené soběstačnosti, zdravotního či dlouhodobého duševního postižení neobejdou bez neustálé pomoci jiné fyzické osoby a do služby dochází na*

určitou část dne“. Předpokládá se vyšší míra podpory a dle Fejkové (2019) také systematická docházka klientů do zařízení.

Příklad posílání konkrétního denního stacionáře jsou obdobná jako posílání centra denních služeb zmíněného výše. Jedná se o prevenci sociální vyloučení, upevňování a rozvoj schopností a dovedností, podpora samostatnosti klienta. Podpora klienta v zapojení do společnosti a běžného života ve spolupráci s rodinou a dalšími subjekty. Mezi principy poskytování služby je řazen individuální přístup, respektování klienta, široká nabídka aktivit, svobodné rozhodování a život co nejvíce podobný dospělým vrstevníkům (Naděje Česká Lípa, 2021, online).

Sociální rehabilitace

Tato služba zahrnuje dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách soubor činností směřujících k dosažení samostatnosti a nezávislosti prostřednictvím rozvoje dovedností a schopností, prostřednictvím nácviku výkonu běžných činností alternativním způsobem za současného zachování kompetencí a potenciálů. Na rozdíl od zbylých ambulantních služeb může být sociální rehabilitace poskytována také formou terénní a pobytovou. Cíl poskytování je však shodný u všech forem poskytování (Kaczor, 2015).

MPSV (2012) označuje sociální rehabilitaci jako předstupeň sociálně terapeutických dílen. Na rozdíl od nich nemusí být tato služba primárně nastavena na zlepšování schopností a dovedností spojených s uplatněním na trhu práce. Hlavním cílem je upevňovat a posilovat kompetence, které vedou k větší samostatnosti a soběstačnosti v běžném životě. To v důsledku může vést k zájmu o zlepšení i pracovních dovedností prostřednictvím sociálně terapeutických dílen.

Sociálně terapeutické dílny

Cílem sociálně terapeutických dílen je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách soustavné zdokonalování pracovních návyků za využití sociálně pracovní terapie a nácvik činností vedoucích k sociálnímu začlenění a vytváření či zdokonalování pracovních dovedností a návyků. Zákonná úprava koresponduje s udávaným cílem konkrétní služby, který se zaměřuje na získání pracovních dovedností, aby mohlo dojít k umístění klienta na trhu práce. Využívá se například rukodělných činností. Pracovníci v dílně pomáhají rozvíjet a upevňovat motorické, sociální, psychické a pracovní dovednosti. Součástí je také nácvik péče o vlastní osobu a dalších činností, které podporují sociální začleňování (Domov Harcov Liberec, 2021, online).

Následující tabulka zahrnuje všechny výše zmíněné ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním handicapem a zahrnuje jejich počty v jednotlivých krajích v České republice.

Tabulka 1: Počty vybraných ambulantních služeb pro osoby s mentálním handicapem dle jednotlivých krajů. (zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2021, vlastní zpracování)

	Centrum denních služeb	Denní stacionáře	Sociální rehabilitace	Sociálně terapeutické služby	Celkem
Praha	4	10	6	8	28
Jihočeský kraj	1	7	4	15	27
Jihomoravský kraj	3	19	6	5	33
Karlovarský kraj	1	3	1	3	8
Královehradecký kraj	3	11	8	5	27
Liberecký kraj	5	4	3	7	19
Moravskoslezský kraj	5	25	13	21	64
Olomoucký kraj	3	11	3	1	18
Pardubický kraj	3	8	2	8	21
Plzeňský kraj	0	7	4	4	15
Středočeský kraj	0	16	12	12	40
Ústecký kraj	2	12	10	19	43
Kraj Vysočina	4	16	5	9	34
Zlínský kraj	4	7	5	11	27
Celkem¹	38	156	82	128	x

Čísla uvedená v tabulce byla získána na základě rozšířeného vyhledávání v Registru poskytovatelů sociálních služeb dle potřebných kritérií jako ambulantní forma poskytování, cílová skupina osob s mentálním handicapem a věkové zařazení dospělých osob. Nejvíce zřizovanou sociální službou z výše zmíněných jsou denní stacionáře. Naopak nejméně je center denních služeb. Největší pokrytí vybranými ambulantními sociálními službami má Moravskoslezský kraj s počtem 64, naopak nejméně pokrytý je kraj Karlovarský, který disponuje v součtu pouze s 8 službami. Je tedy možné sledovat vysoké výkyvy v počtech služeb v jednotlivých krajích. Pro komplexní nabídku sociálních služeb pro osoby s nepříznivě sociální situací však není stěžejní pouze jejich četnost v daném kraji, ale také kvalita poskytování těchto služeb.

¹ Součty uvedené v posledním řádku nemusí souhlasit s vyhledáváním celkového počtu daných poskytovatelů služeb v celé ČR. Vyhledávání bylo provedeno po jednotlivých krajích a následně sečteno. Někteří poskytovatelé provozují služby v rámci několika krajů, a proto dochází k duplicitě.

Při poskytování sociálních služeb je zásadní klást náležitý zřetel na lidská práva a osobní svobody. To platí ve zvýšené míře u cílové skupiny osob s mentálním handicapem. Cílem sociální práce v souladu s požadavky zákona o sociálních službách je udržení co nejvyšší možné míry autonomie klientů a kladení náležité pozornosti uplatňování vlastní vůle, a to především u osob se sníženou rozhodovací schopností (Kolektiv autorů, 2020). Dle Bednáře (2014:41) je autonomie „*schopnost vést život podle vlastních pravidel*“, přičemž se autonomie a závislost na pomoci druhých nevylučuje. Mezi složky autonomie dle něj patří možnost plánovat si svůj život dle svých hodnot, rozhodovat se o běžných každodenních záležitostech, mít dostatečnou podporu při naplňování svých práv a oprávněných zájmů, být soběstačný a samostatný, jak jen je to možné pro daného člověka a mít možnost podstupovat přiměřené riziko.

Sociální služby ve snaze naplňovat zmíněné požadavky autonomie a zvyšování míry samostatnosti využívají nástroje definované nejen zákonem. Ty by měly zajišťovat soustředění pozornosti poskytované služby směrem zvyšování samostatnosti a autonomie klientů.

2.1 Nástroje ambulantních služeb k podpoře a rozvoji samostatnosti klientů s lehkým mentálním handicapem

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je povinností každé sociální služby založené na území České republiky vytvoření Standardů kvality a poskytování služby dle individuálních potřeb klientů, tedy povinnost individuálně plánovat. Ač tyto dvě podmínky nejsou vždy přijímány s nadšením pracovníků, jsou velice důležité pro kvalitní poskytování služeb a naplňování potřeb klientů. Tyto dva nástroje mohou být tedy vnímány jako nutná podmínka nebo jako užitečné zdroje (Kolektiv autorů, 2020). Záleží především na přístupu konkrétních pracovníků, jejich formulací poslání organizace a vlastním výkonem pomáhající profese. Úkolem standardů bylo však mělo být také opačné působení, kterým je zajištění, že kterýkoliv pracovník bude schopný poskytovat kvalitní službu (Sýkorová, Elichová in Truhlářová, Levická, Smutek, 2014).

2.1.1 Role standardů kvality v podpoře samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem

Standardy kvality sociálních služeb jsou opěrných bodem pro fungování každé sociální služby. Upravují cíl poskytování služeb, udávají směřování celé organizace. Jsou podmínkou poskytování kvalitní služby (Kolektiv autorů, 2020). Byly vytvořené jako metodický materiál Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2002, který „*vychází z koncepce naplňování*

základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod a zakotveny v právních dokumentech České republiky“ (Švarcová-Slabinová, 2011:177). Slouží jako jakýsi manuál, podle kterého daná organizace poskytuje své služby a umožňuje tak všem subjektům porovnat jejich udávaný a skutečný obsah (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018; Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014). Vychází z britského modelu a řídí se vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., která upravuje jejich obsah a rozsah (MPSV, 2018).

Potřeba zavádění standardů kvality se váže na dobu po roce 1989, kdy již sociální služby nejsou poskytovány pouze státem, ale vzrůstá počet nestátních poskytovatelů (Kolektiv autorů, 2011). Standardy představují objektivní a použitelné měřítko pro hodnocení služeb. Při kontrole kvality poskytování služby, je díky nim možné nahlížení do chodu organizace a zajištění kontroly kvalitního poskytování služby klientům (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Obsah Standardů kvality je dělen na tři části. Jsou jimi standardy procedurální, personální a provozní. Z hlediska rozvoje samostatnosti klientů jsou nejrelevantnější standardy procedurální, které vymezují cíle a způsoby poskytování, ochranu práv osob, jednání se zájemcem, smlouvu o poskytování, individuální plánování, vedení dokumentace, vyřizování stížností či návaznosti na další zdroje (Bednář, 2014). Způsob vymezení standardu č. 1 udává směr celé služby a také ovlivňuje zpracování zbylých standardů. Již zde je definováno poslání, cíl a zásady služby. Například rozvoj samostatnosti klienta, upevňování získaných dovedností či předcházení sociálnímu vyloučení (APOSS, 2021, online).

Kvalitně poskytovaná podpora samostatnosti začíná již při jednání se zájemcem o službu, které je zpracováno standardem č. 3. „*Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle ..., které by bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby*“ (Bednář, 2014:23). Po dojednání společného cíle dochází k uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby. Veškeré náležitosti spojené s tímto úkonem jsou upraveny standardem č. 4. Pečlivě zpracované standardy vedou k tomu, že je klient od samého počátku systematicky podporován v naplňování svých potřeb. Zřejmě nejdůležitějším bodem je zaštitění průběhu služby tak, aby každý pracovník věděl, jak s daným klientem pracovat. To zajišťuje úprava standardu č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby (Bednář, 2014).

2.1.2 Individuální plánování jako nástroj podpory samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem

Nepostradatelnou součástí poskytování veškerých sociálních služeb je také individuální plánování. Povinnost individuálně plánovat s každým klientem je ukotvena v zákoně o

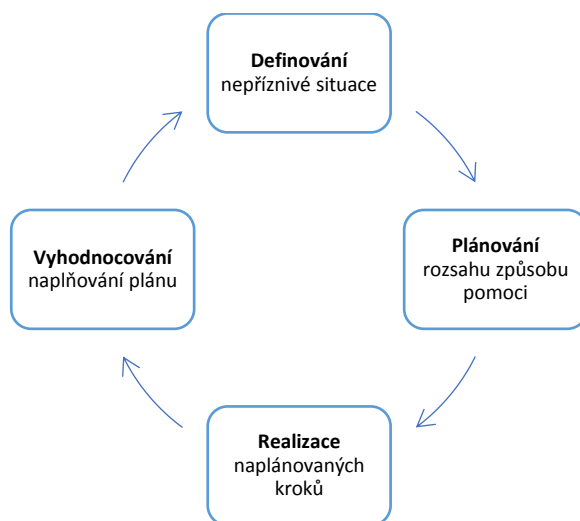
sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 88 písmeno f: „*plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.*“ Individuální plánování je prostředek pro zvyšování kvality služeb, zajištění smysluplné náplně dne, rozvoje schopností a dovedností. Zároveň slouží k získání zpětné vazby od klientů (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014).

Individuální plánování je Bickovou (2011) popisováno jako tzv. „kontraktování“, dojednávání, jak bude podpora či péče poskytována. Kontraktování zahrnuje 2 klíčové prvky, kterými je plán a dojednávání. Plán znamená jasně vytvořený postup, opak chaosu. Má za úkol zaručit, že každý pracovník bude ke klientovi přistupovat stejně. Dojednávání zapojuje do tvorby plánu klienta jako rovnocenného partnera. Tato složka má zajistit, aby plán a cíle vycházely ze skutečných potřeb klienta, nikoliv z postoje pracovníka a jeho představ o klientových potřebách. Jedině individuální plán, který obsahuje a naplňuje tyto dva faktory, může dojít k úspěšnému dosažení.

Vzhledem k výše uvedenému je patrné, že individuální plánování je jedním z nejdůležitějších nástrojů služby, potažmo pracovníka, který pomáhá k soustavné a cílené práci s klientem. Směřuje způsob práce k dosažení stanovených cílů. Tímto cílem může být právě rozvoj samostatnosti či autonomie klienta. Podoba a způsob tvorby je značně variabilní. Zákon o sociálních službách ani prováděcí vyhláška neudávají jednotnou podobu (Bednář, 2014). Pracovník tak může proces i výsledek tvorby individuálního plánu přizpůsobit klientovi, jeho schopnostem a preferencím. Může se jednat o písemný záznam či například grafické ztvárnění cesty klienta (Rytmus, 2021, online).

Tvorbě individuálního plánu předchází sběr informací, mapování situace, přání, jaká motivace se za nimi skrývá, zjišťování zdrojů a silných stránek klienta (Bicková, 2011). Proces plánování je ztvárněn na následujícím obrázku a zahrnuje definování situace, plánování, realizaci a vyhodnocení. Tento proces se průběžně opakuje (Kolektiv autorů, 2020).

Obrázek 1: Proces individuálního plánování (Kolektiv autorů, 2020)



Cíl a smysl individuálního plánování však není pouze o naplňování potřeb klientů. Základním účelem jeho tvorby je zachování lidské důstojnosti, aktivního působení na rozvoj samostatnosti a autonomie klienta, předcházení sociálnímu vyloučení či vzniku a prohlubování nepříznivé sociální situace (Kolektiv autorů, 2020). Bednář (2014) však uvádí, že ne vždy individuální plánování vnímáno jako důležitý nástroj podpory samostatnosti klientů. Může být tvořen pouze formálně pro účely inspekce, bez účasti klienta či bez zapojení týmu do tvorby a naplňování.

Důležitou roli v procesu individuálního plánování zastává jak sociální pracovník, tak klíčový pracovník. Klíčový pracovník je především člověk, který má ke klientovi nejbližší, a dokáže tak v interakci s ním identifikovat cíle spolupráce. Sociální pracovník je důležitým koordinátorem procesu, a především v prvopočátku spolupráce pomáhá vyjasnit zakázku klienta a určit, kde může služba efektivně dopomoci v naplnění přání klienta. Obě tyto role se mohou prolínat. V jejich kompetenci je také identifikace rizikových oblastí, které by mohly bránit naplnění cílů (Kolektiv autorů, 2020).

2.2 Role sociální práce při rozvíjení samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem

Rogers (2015:58) popisuje pomáhající vztah jako takový, „v němž je záměrem alespoň jednoho ze zúčastněných podporovat růst, rozvoj, zralost, lepší fungování a lepší zvládnání života druhého.“ Mimo této pomáhající role každý pracovník přijímá určitou profesní roli, přičemž naplňuje určité očekávání s tím spojená (Šelner, 2012). Pracovník manipuluje s určitým množstvím moci, a proto je nutné nejen tuto roli náležitě reflektovat a zamýšlet se nad otázkou balancování mezi pomocí a kontrolou (Úlehla, 2005). Úloha sociální práce je náročná nejen z důvodu vyvažování rolí a pozice pracovníka, ale také proto, že jsou počty sociálních

pracovníků dlouhodobě poddimenzovány a jejich role je podhodnocována. Na profesi sociálního pracovníka jsou kladeny vysoké nároky na vzdělání, starají se o vyšší počet klientů, než je vhodné a k tomu se plat pohybuje pod celostátním průměrem. Motivujícím faktorem není ani profese. Nedostatek sociálních pracovníků vede k dělení úvazků či zajištění pracovní pozice osobou bez náležité odbornosti. Zlepšování této oblasti se proto věnuje Národní strategie rozvoje sociálních služeb (MPSV, 2014).

I přes snahu o zlepšování podmínek pro výkon sociální práce, je na sociální pracovníky kladeno mnoho požadavků. Šámalová a Tomeš (2018) popisují specifickou kompetenci sociální práce pro řešení nepříznivé sociální situace klientů, kterou je komplexní posuzování problému jako celku. Další profese se dívají na potíže pouze z úhlu jejich zaměření.

Sociální pracovníci tak mají důležitou roli v každodenním životě klienta. Jejich práce se opírá o různé koncepty, strategie a metodické vyhlášky. Je však nutné umět reagovat i spontánně na neočekávané situace. Pracovník by se měl zaměřovat na nalézání pozitivních schopností a silných stránek osobnosti a na základě individuálního přístupu zlepšovat životní situaci klienta. I člověk s mentálním handicapem dokáže dobře vnímat, co se s ním děje. Zda je spokojený nebo zažívá bezpráví (Šelner, 2012). Pracovník či asistent zastupuje funkci podporovatele, který usiluje o to, aby ho člověk potřeboval stále méně. Tedy zvládat stále více činností samostatně nebo s co nejnižší mírou podpory. Významnou roli zastávají sociální pracovníci a pracovníce také v rámci podpory samostatného rozhodování. Pomáhají člověku zorientovat se v situaci, v osobních preferencích, možnostech a ve vyjádření vlastních přání (Černá, 2015).

Z výše popsaného lze spatřit, že požadavků na sociální pracovníky je celá řada. Jako jeden z velmi podstatných aspektů při práci s lidmi s mentálním handicapem je považována práce s mírou rizika, jelikož snaha ochraňovat je i před přiměřených rizikem je ve společnosti stále znatelná (Sobek a kol., 2010).

Práce s rizikem

Okolí osob s mentálním handicapem často zastává velmi protektivní přístup. Vlivem toho nemají možnost zažít zcela běžné situace a prožít dobrý pocit z jejich zvládnutí. Prožití rizikové situace a vlastní zkušenost vede však k většímu bezpečí. Samotné slovo „riziko“ je obecně ve společnosti vnímáno negativně, například v návaznosti na úraz, neštěstí nebo nebezpečí. Význam má také pozitivní konotaci a váže se na zisk, sebevědomí, zkušenost, úspěch a radost, ze zvládnutí nové situace. Právě toto hledisko je nutné posilovat (Sobek a kol., 2010).

V minulosti užívaný ústavní model byl postaven na snaze vyloučit rizika ze života lidí s handicapem, ochránit je, zajistit a vychovávat. Moderní systém se u nás i v zahraničí zaměřuje na sociální začlenění a přibližování života lidí s handicapem běžnému životu. Tento trend se vyznačuje dvěma principy. Prvním je princip normalizace, do kterého je zahrnuto žít v běžném prostředí, mít důstojné sociální role a časový rytmus. Druhým je princip valorizace sociálních rolí. Existují i další principy, které lze souhrnně chápat jako znaky sociálního začlenění. Patří mezi ně začlenění do komunity, možnost volby a kontroly nad svým životem, možnost učit se a růst, získávat nové dovednosti, možnost navazovat vztahy (Sobek a kol., 2010).

Osoby s mentálním handicapem jsou zařazeny mezi osoby s vyšším rizikem sociálního vyloučení. Jako základní nástroj sociálního začleňování slouží právě sociální práce. Jedním z cílů Strategie sociálního začleňování pro roky 2021-2030 je podpora komunitní sociální práce a zapojení lidí ohrožených sociálním vyloučením do dění v dané lokalitě. Stěžejním nástrojem pro naplňování tohoto cíle je komunitní plánování sociálních služeb. Jako důležité aktéry komunitního plánování udává Pilát (2015) vedle zástupců obce, poskytovatelů služeb a veřejnosti také klienty využívající služeb v dané lokalitě.

Práce s rizikem souvisí také se zplnomocněním klientů, což je jedním z úkolů sociální práce. Adams také zmiňuje opresi, která může vycházet od samotných sociálních pracovníků. Vědomě či nevědomě tak mohou usilovat spíše o přizpůsobení lidí dané situaci, než aby podporovali přerámování vnímání obtížné situace. Aby mohl být člověk zplnomocněn, musí prožívat určité situace, které jsou pro něj rizikové. Jejich zvládnutím dochází k rozvoji schopností. Téma zplnomocnění čerpá hodně nejen z psychologických teorií, ale také z psychologie bezmocnosti. Významným autorem na poli psychologických strategií zaměřených na zmocnění lidí skrze prožitek pocitu kontroly je například Baistow (Adams, 2003). Dle Cimrmannové (2020) jsou lidé s mentálním handicapem stále zneschopňováni vlivem nadměrné péče, a to i přesto, že se v posledních letech tématu kvality života a zmocňování osob s mentálním handicapem na teoretické úrovni věnovalo dostatečné množství prostoru.

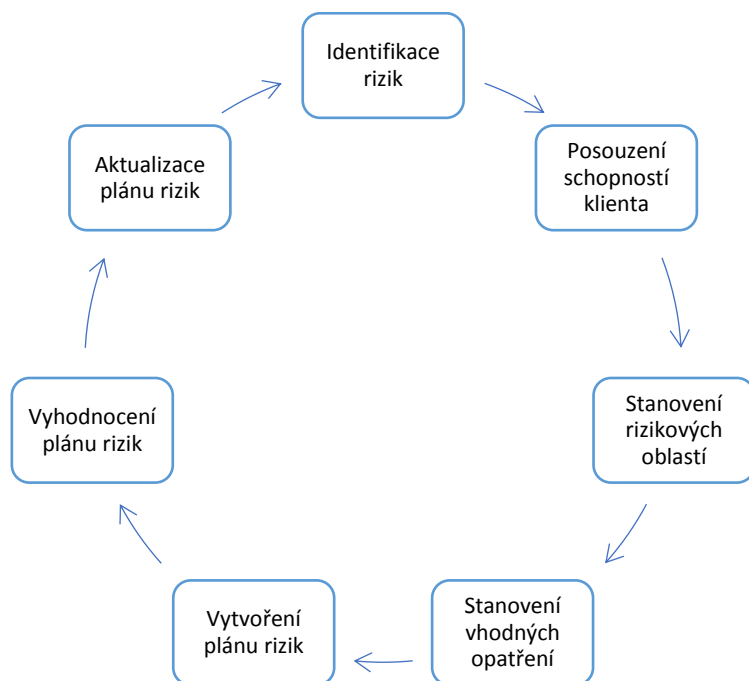
Výše zmíněné poukazuje na důležitost schopnosti pracovníků sociálních služeb zacházet s rizikem. Vybalancování rovnováhy mezi zajištěním co největšího bezpečí pro klienty a zároveň ponechání prostoru pro prožívání běžných situací každodenního života je pro pracovníky a pracovnice velmi náročným úkolem, který vyžaduje velkou míru reflexe. Rozhodnutí týkající se klientů by nemělo probíhat pouze na základě pocitů a emocí, ale za využití objektivnějších vodítek a zahrnutí všech aspektů situace, popřípadě po poradě s odborníky (Sobek a kol., 2010). Riziko je nutné přijmout jako součást práce s klientem.

Sociální služba by měla zajistit bezpečnost při jejím poskytování. Současně by však měla umožňovat načerpat zkušenosti či získávat příležitosti k jejich čerpání. Tyto situace umožňují rozvíjení schopností a dovedností klienta „...úkolem poskytování sociálních služeb není nebezpečí zcela odstraňovat, ale pracovat s nimi vhodným způsobem.“ Prožitek zvládnutí rizikové situace vede k pocitu odpovědnosti a zlepšení schopnosti rozhodovat se (Kolektiv autorů, 2020:106).

Cílem práce s lidmi s mentálním handicapem je, aby nebyli v určité situaci ohroženi více než člověk bez handicapu. Pro rozlišování míry rizika Sobek a kol. (2010) stanovili tři stupně. První je přiměřené a přijatelné riziko, které není vyšší, než by v podobné situaci hrozilo jinému člověku. Zvýšené riziko je vyšší než u jiného člověka, ale není fatálně ohrožující. Posledním stupněm je nepřijatelné riziko. Pro pracovníky je nejnáročnější určit rozdíl mezi rizikem přiměřeným a nepřiměřeným. (Kolektiv autorů, 2020) Vždy je potřebné udržet rovnováhu mezi udržením bezpečnosti a svobodnou volbou člověka (Sobek a kol., 2010).

K reflexi míry rizik a naplnění výše zmíněných podmínek se využívá tzv. krizové plánování. Jedná se ucelený proces složený z identifikace rizik, posouzení schopností klienta, stanovení rizikových oblastí, stanovení vhodných opatření, vytvoření plánu rizik, vyhodnocení plánu rizik a pravidelné aktualizace rizik (Kolektiv autorů, 2020).

Obrázek 2: Proces práce s rizikovými situacemi (Kolektiv autorů, 2020:110)



Sobek (2010) užívá k popisu práce s rizikem pouze 4 bodů. Prvním bodem práce s rizikem je jejich identifikace, tedy systematické prozkoumání různých oblastí každodenního života. Mezi

posuzované oblasti je zařazen například samostatný pohyb, rizika v domácnosti, pracovní a volnočasové aktivity, zdravotní rizika, finanční rizika, problémové chování a sebepoškozování či oblast sexuality a partnerských vztahů. Po identifikaci rizik dochází k jejich posouzení. K tomu jsou využívány dvě základní kritéria: pravděpodobnost a následky. Po identifikaci rizik a jejich posouzení následuje vytvoření rizikového plánu. Hlavním bodem je popsání kroků vedoucích ke snížení rizika, popřípadě popsání nácviku řešení situace. Vytvořené plány se pravidelně vyhodnocují a uzpůsobují aktuální situaci a schopnostem klienta.

Pracovníci sociálních služeb tak k práci s klienty s mentálním handicapem využívají k zajištění kvality poskytované služby, rozvoji schopností a dovedností, posilování kompetencí a autonomie či sociálního začleňování různé nástroje. Může jimi být tvorba rizikového plánu, individuálního plánu či standardů kvality sociálních služeb. Všechny tyto nástroje mohou být využity ke zlepšení kvality života osob s mentálním handicapem, naplňování jejich potřeb a podpoře samostatného rozhodování.

Shrnutí první kapitoly

Ambulantní sociální služby jsou nedílnou součástí systému péče v České republice. Ty, které jsou určené pro skupinu osob s mentálním handicapem, jim pomáhají v začlenění do společnosti, zlepšují kvalitu života, umožňují setkávat se s jinými lidmi a zažívat jiné věci mimo kruh rodiny. Pro rodiny také znamenají určitý druh odlehčení při péči o člena s handicapem. Rozvoj terénních, ale také ambulantních služeb je nedílnou součástí ve snaze o deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb. Služba se tak přibližuje člověku, který ji potřebuje. Fungování služby je ukotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. I přes všechna pozitiva mohou mít však také své limity. Mezi ně patří například nutnost úhrady za službu, špatná dostupnost či kapacitní omezení.

I když každá z výše popsaných služeb má své zaměření, cíl a poslání udávají shodně. Snahou všech je pomoci v začlenění do společnosti, využívání běžných služeb, zlepšení schopností a dovedností člověka a získání sociálních kontaktů. Individuální plánování a vytváření standardů kvality sociálních služeb může být identifikováno jako nástroj k podpoře samostatnosti klientů. Pokud není dobře nastaveno, nemusí však tuto úlohu plnit. Pro pracovníky tak vytváří spíše administrativní zátěž, kterou vnímají jako nadbytečnou. Namísto toho by však tyto nástroje mohly být zdrojem možností a oporou při soustavné práci s klienty. Zásadní roli má sociální práce ve službách. Na sociální pracovníky je kladeno mnoho požadavků z různých úrovní systému (od nadřazených institucí, přes vedení organizace po požadavky na práci s klientem samotnou). Pro skupinu osob s mentálním handicapem je zásadní téma práce s rizikem. Aby

mohli zažívat život co nejvíce podobný životu intaktní veřejnosti, nemohou se zároveň všem rizikům vyhnout. Potřebuje získat možnost podstupovat přiměřené riziko, zkoušet a zažívat nové činnosti a situace.

3 Specifika osob s lehkým mentálním handicapem

Aktuální diskurz v práci s lidmi s mentálním handicapem zaznamenal velký obrat. V minulosti byla pozornost zaměřena spíše na nedostatky a znevýhodnění na straně člověka. Osoba s mentálním handicapem byla přirovnávána k dítěti. Tento mýtus je dle Lečbycha (2008) přiživován lékařskými zprávami, ve kterých je uváděn tzv. mentální věk. Ten však není vhodnou veličinou, podle které by bylo možné posuzovat jednotlivce.

Kromě mentálního věku se jako veličina pro posuzování užívá IQ (Intelligenční kvocient). Lečbych (2018:242) není zastáncem užívání této veličiny a říká, že: *„Vždy je třeba mít na paměti skutečnost, že výsledkem testu je určitá hodnota, a nikoliv diagnóza.“* Tyto hodnoty jsou relevantní a měly by být pouze jedním z podkladů pro posouzení. Cimrmannová (2020) zmiňuje, že nezáleží pouze na IQ člověka. Pomocí speciálně pedagogických a dalších nástrojů lze docílit získání nových dovedností.

Postoj k lidem s mentálním handicapem se tedy naštěstí změnil a dále mění. To dokládá například změna pojmenování směřovaného od Světové zdravotnické organizace. Ta vydala v roce 1980 příručku ICIDH (International Classification of Impairments), která popisuje a klasifikuje schéma postižení a v jejímž čele se vyskytují termíny jako defekt a poškození. Nové revidované vydání z roku 1999 zavádí nové termíny a orientuje se především na aktivitu a účast. Do popředí se dostávají individuální možnosti a participace na společenském životě v celém svém kontextu (Šelner, 2012).

Hrušková, Matoušek a Landischová (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010) popisují přesun ve vnímání těchto osob primárně jako lidi, což dokládá právě změna terminologie. Používají termín „lidé s postižením“, kdy slovo lidé je záměrně na prvním místě a až sekundárně je uvedeno nějaké omezení. Také při hodnocení kvality života se více zaměřuje pozornost na srovnání s životem vrstevníků intaktní veřejnosti. Převládá tedy snaha co nejvíce přiblížit život osob s mentálním handicapem životu osob bez omezení. Změna úhlu pohledu na osoby s mentálním handicapem probíhá dle Šelnera (2012) i v dalších oblastech. Jednou z nich je například oblast práva, kde dochází ke změně zákonodárství ve smyslu uznání práva na vzdělání, integrační zákony, zaměstnávání apod.

Stále je však nejčastěji užívaným termínem pojem „lidé s postižením“. Zaměření na „postižení“, tedy na limity dané osobou určuje i způsob práce s touto cílovou skupinou sociální práce. Ta se orientuje na práci s jednotlivcem a snaze přizpůsobení se člověka s handicapem svému prostředí, nikoliv naopak. Toto téma popisuje například Depoy. Sociální pracovníci by

dle něho měli klást větší zřetel na tímto přístupem vzniklé zdroje „oprese“ a napomáhat k přeměně celého systému tak, aby vycházel vstříc osobám s mentálním handicapem a umožňoval jim prožít kvalitní život (Votoupal, 2020). Adams, Reiss a Serlin (in Ludíková, 2016) nahlízejí na „postižení“ podobně jako na problematiku genderu, sexuality či etnicity. Označení se stává zdrojem útlaku. Touto perspektivou se zabývají disability studies a v zahraničí probíhá kolem tohoto tématu rozsáhlá vědecká debata.

V návaznosti na výše uvedené bych tedy ráda vymezila terminologii užitou v textu práce. V názvu je užit termín „osoby s mentálním postižením“, který v České republice převládá a často se používá jako synonymum k pojmu „mentální retardace“ (Slowík, 2015). Pojem postižení se zaměřuje na individuální neschopnost jedince. To však nevyjadřuje celou šíři omezení, která vycházejí ze zavedeného společenského systému (Slowík, 2015; Votoupal, 2020). V textu bude užíváno výstižnější slovní spojení „osoby s mentálním handicapem“, které více vyhovuje také úhlu pohledu sociální práce na danou problematiku (Votoupal, 2020).

Potřebnost změny užívaného pojmosloví dokládá výzkum Jarkiewicz (2017:55, překlad vlastní), který říká, že to jedna z oblastí, která vyžaduje ze strany sociálních pracovníků zvláštní pozornost. *„Užívaný jazyk je nyní prosáklý medicínskou terminologií. Je nezbytné představit změny v definici a popisu fenoménu mentálního postižení...“*² To označuje jako jednu z oblastí, která by měla pomoci v profesionalizaci sociální práce.

Výše zmíněný posun ve vnímání „postižení“ podporuje Černá (2015:81) uvedením definice AAMR z roku 2002 kdy je mentální handicap znevýhodněním vzniklým v důsledku interakce člověka a jeho okolí. Svými slovy dobře zachycuje význam definice: *„To znamená posunout paradigma od modelu deficitu uvnitř jedince směrem k modelu podpory, jejíž profil je výsledkem hodnocení potřeb jedince ve vztahu k jeho prostředí.“* Při posuzování potřeb člověka s mentálním handicapem je tedy nutné pracovat s jeho prostředím a napomáhat v usnadňování probíhajících interakcí.

Zda budou mít klienti dostatečně naplněné potřeby a prožijí kvalitní život je mimo jiné v rukou sociálních pracovníků ambulantních služeb. Lidé s mentálním handicapem mají stejné potřeby jako kdokoliv jiný. Ne vždy jsou však schopni samostatně si tyto potřeby

² This language is currently soaked with medical terminology. It is therefore necessary to introduce changes in defining and describing the phenomenon of „mental disorder“...

naplňovat (Novosad, 2009). Cílem ambulantních služeb je individuální podpora člověka v konkrétních oblastech, aby došlo k jejich naplnění. Novosad (2009:28) poté uvádí: „*Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každé osobnosti, rozdíl je jen v tom, jakým způsobem může jedinec tyto potřeby uspokojovat.*“. Toto tvrzení potvrzuje také Slowík (2007:118), když říká, že: „*Přes všechna omezení a různé zvláštnosti jsou lidé s mentálním postižením především lidmi, kteří mají prakticky stejné potřeby jako všichni ostatní a také právo na jejich adekvátní saturaci.*“

Na kvalitu života lze nahlédnout také z perspektivy všeobecně známé Maslowovi pyramidy potřeb (Slowík, 2007). Čím více příček má člověk naplněných, tím kvalitnějším se jeho život stává. Základem jsou biologické potřeby, dále pocit bezpečí, sounáležitost, láska, dobré vztahy s okolím, úcta a uznání. Na nejvyšším bodě pyramidy se nachází potřeba seberealizace, kterou Maslow popisuje jako: „*lidskou snahu naplnit své schopnosti a záměry*“ (Čeledová, Čevela, 2011:654). Ve snaze ochránit člověka s mentálním handicapem pak nemusí tato nejvyšší potřeba dojít naplnění. Ambulantní sociální služby tak mohou v rámci práce s klientem rozvíjet jeho identitu a pomáhat naplnit tuto důležitou potřebu.

O tom, zda je život konkrétního člověka či klienta kvalitní, rozhoduje vždy on sám. Jedině on může zhodnotit, zda je jeho život naplněným a definovat, co je v jeho životě podstatné. „*Je potřeba se tedy v sociálních službách zaměřit na naplňování celého spektra potřeb při zachování co nejvyšší klientovi integrity, sebeurčení, ale i osobní svobody*“ (Kolektiv autorů, 2020:105).

3.1 Identita a sebeurčení osob s lehkým mentálním handicapem

Podpora vlastní identity je pro rozvoj samostatnosti u osob s mentálním handicapem zásadní. Každý člověk si v průběhu života tvoří svou identitu. Není tomu jinak ani u lidí s mentálním handicapem. Tito lidé si svou identitu uvědomují, i když někdy ne komplexně. Někteří mohou přecházet do ofenzivy, svůj handicap „*zdůrazňují*“, čímž chtějí překvapit, ohromit. Druhou skupinu tvoří ti, kteří se naopak snaží zůstat neutrální, neupoutat na sebe pozornost a přizpůsobit se požadavkům okolí. V obou případech je patrné, že vnímají stigmatizující postoj společnosti, na který reagují (Šelner, 2012).

Na identitu člověka působí mnoho vlivů. Mezi vnější pozitivní síly patří například sociální vztahy, podpora a uznání. Může se však objevovat i vnější negativní zátěž v podobě negativního postoje společnosti. Dále Šelner (2012) rozlišuje vnitřní pozitivní postoje jako životní styl, pocity, přesvědčení, vnitřní cíle, hodnoty, ale i destruktivní síly jako vnitřní blokády, stres,

trauma, stav postižení. Pro lidi s mentálním handicapem bohužel není vždy samozřejmostí, že se rozhodují od určitého věku samostatně. Možnost rozhodnout se jim nemusí být dána ani v situacích, které jsou schopni zvládnout samostatně. Výsledkem může být redukce iniciativy, jelikož se automaticky předpokládá pomoc od intaktní osoby. Nutností pro podporu samostatnosti je zajištění potřeby podílet se na svém životě a ovlivňovat jej. Absence vlastního rozhodování přináší stav nespokojenosti, závislosti, a ztráty životní orientace.

Do určité míry je možnost samostatně se rozhodovat závislá na dalších faktorech či osobách. Lidé s mentálním handicapem žijí v jisté formě závislosti celý život. Ať už je to závislost na rodičích, pečovateli, zdravotnících či pracovnících sociální sféry. Avšak jak už bylo zmíněno výše, autonomie a poskytování podpory se vzájemně nevyklučuje (Bednář, 2014). Je na ambulantních službách, aby tuto skutečnost reflektovaly, posilovali identitu člověka a pomohli mu zažívat pocit moci nad svým životem, tedy určitý prožitek svobody.

Sebeurčení a svoboda jsou jedny ze základních lidských práv. V minulosti neměli lidé s mentálním handicapem mnoho příležitostí tohoto práva využívat a díky tomu se podílet na rozhodování o svém životě (Wolfensberger in Černá, 2015). Dosahování samostatnosti u osob s lehkým mentálním handicapem je dle Votoupala (2020) definováno i celkovým špatným přístupem k základním lidským právům v průběhu dějin. To by měla změnit Úmluva o právech osob se zdravotním postižením přijatá ČR roku 2007. Oproti anglické literatuře však u nás nedošlo k očekávaným změnám v praktické práci s klienty ani při změnách politik. Jako významné téma, kterým se Úmluva zabývá, uvádí podporu nezávislého života: „...osoby s mentálním handicapem by měly mít možnost zvolit si, kde a jakým způsobem budou žít a měla by jim být k tomu dostupná potřebná podpora.“ V souvislosti s tím uvádí, že tento požadavek není naplňován vůbec. Dle mého subjektivního vnímání se ale situace stále posouvá a lidem s mentálním handicapem jsou otevírány stále širší možnosti. V samostatném rozhodování jsou podporováni i různými zastupujícími organizacemi, které jim mohou pomoci v prosazování vlastních zájmů. Mezi takové patří například Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, z.s.

Osoby s mentálním handicapem mohou prosazovat a vyjadřovat své zájmy samy za sebe nebo skrze neplaceného zástupce jako je člen rodiny či jiný příbuzný. Další možností je využít placeného zástupce, kterým je myšlen například sociální pracovník nebo pracovník přímé péče. Poslední možností je využití určité organizace jako Národní rada zdravotně postižených či Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR. Způsobem prosazení, který aktivně

zapojuje člověka s handicapem je například forma občanské advokacie nebo sebeobhajování (Černá, 2015).

Možnost zapojit se do rozhodování o svém životě a mít na něj přímý vliv, podporuje sebeurčení člověka. To je možné popsat více způsoby. Jako vrozený sklon zabývat se svými zájmy, rozvíjet své možnosti či vypořádávat se s různými výzvami jej popisují Deci a Ryan (in Lečbych, 2008). Abery (in Lečbych, 2008) ho vnímá jako vnitřní sílu, která způsobuje, že „já“ je utvářeno vlastními myšlenkami, chováním a pocity. Sebeurčení lze charakterizovat pomocí 4 složek. Jsou jimi autonomie (samostatné jednání), sebeovládání (schopnost regulovat své chování), psychologické zplnomocnění (důvěra ve své schopnosti a úspěch) a seberealizace.

Všechny výše zmíněné složky identity mohou pomoci posilovat pracovníci ambulantních služeb při práci s klientem. Jsou mu oporovou ve vytváření vlastních rozhodnutí a dovolují mu nést určitou míru rizika s tím spojenou. Tuto ideální představu spolupráce v mnoha případech narušuje institut omezení svéprávnosti, který do spolupráce klient – pracovník vnáší třetí osobu, kterou je opatrovník.

3.2 Podporované rozhodování

Pracovníci ambulantních služeb se často setkávají s klienty, kteří jsou omezeni na svéprávnosti a nemohou tak některá rozhodnutí učinit samostatně. Institut omezení svéprávnosti prošel mnoha změnami. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti vydané soudem je platné po dobu 3 až 5 let. Možnosti soudu v omezení svéprávnosti jsou korigovány. Již není možné zbavit člověka svéprávnosti úplně a na neomezenou dobu. I přes tato opatření ochraňující člověka před zbytečným omezením jsou osoby s mentálním handicapem často omezeny ihned po dovršení 18 let či jsou omezováni v oblastech, u kterých to není nezbytně nutné a mohla by být využita jiná z alternativ podporovaného rozhodování (Janečková, Čiberová, Mach, 2016).

Výzkum zaměřující se na rozhodování soudů o podpůrných opatřeních ukázal, že nejčastěji je voleno právě omezení svéprávnosti. Z 256 rozsudků vydaných mezi lety 2013 až 2019 ve 40 % rozhodl soud o omezení všech nebo téměř všech oblastí právního jednání. Tento poznatek je v rozporu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, která vyžaduje ochranu těchto osob tak, aby k omezení nedocházelo, ale bylo využíváno jiných opatření jako je nápomoc při rozhodování nebo zastoupení členem domácnosti. V tomto ohledu udělalo velký pokrok v loňském roce Rakousko. Nahradilo stávající systém novými způsoby zastoupení, které nijak neovlivňují svéprávnost člověka (Veřejný ochránce práv, 2022, online).

Trutnovská (2016:1) tuto transformaci popisuje jako „*odklon od koncepce náhradního rozhodování (rozhodování za člověka) ke koncepci podporovaného rozhodování.*“. Zároveň uvádí, že podporované rozhodování má mít při rozhodování soudu přednost. Soud by měl k omezení svéprávnosti svolit pouze v nejnnutnějších případech.

Alternativy k omezení svéprávnosti jsou upraveny novým občanským zákoníkem č. 89/2012 Sb., který jim věnuje pouze 4 paragrafy. Ve srovnání s rozsáhlou právní úpravou v jiných státech je toto dle Trutnovské (2016) nedostačující. Jednou z alternativ je například smlouva o nápomoci při rozhodování. V ní mohou být upraveny libovolné oblasti podpory, na kterých se podporovaný a podpůrce dohodnou a souhlasí s nimi. Podpůrce se může lišit u různých oblastí. Smlouvu schvaluje soud, přičemž musí být doloženo, že podporovaný z důvodu svého zdravotního stavu podporu potřebuje. Tato varianta je velmi pružná a ochraňuje člověka s handicapem před uzavřením právních úkonů, které by ho silně poškozovaly a současně je zachována jeho svoboda (Trutnovská, 2016).

V případě rodinné podpory je možné využít institutu zastoupení členem domácnosti. Ten ho pak může zastupovat v běžných oblastech života. Mezi nejčastější úkony patří vyzvedávání důchodu či pošty, provádění běžných plateb nebo zastoupení na úřadě při vyřizování příspěvků apod. Pokud zastupovaný neprovede tyto úkony samostatně, hrozí mu vážná újma. Dále je možné využít institut ustanovení opatrovníka bez omezení svéprávnosti. To je vhodné v pro lidi s handicapem, kteří nemají rodinu a ani ve svém okolí nemají člověka, kterému důvěřují. Umožňuje totiž ustanovit i veřejného opatrovníka, který člověku pomáhá při rozhodování. Konečné rozhodnutí je vždy na opatrovaném člověku. V případě, že hrozí vážná újma, může však opatrovník legitimně zasáhnout (Trutnovská, 2016).

Znalost těchto alternativ je velmi důležitá při podpoře samostatnosti člověka s handicapem. Ponechává mu důstojnost, možnost volby, a přitom ho může ochránit v oblastech, která jsou pro něj riziková. Základním principem je podpora při rozhodování, poskytnutí veškerých informací nutných k provedení informovaného rozhodování. Principem, který může být opomenut a nahrazen protektivním přístupem, je možnost činit špatná rozhodnutí a riskovat. Právě to dává člověku svobodu. Veškeré výše zmíněné možnosti je možné využít, i v případě, že je člověk omezen na svéprávnosti. Podmínkou je podpora v jiné oblasti, než je upraveno v soudním rozhodnutí o omezení (Trutnovská, 2016).

Znalost výše zmíněných alternativ a způsobu jejich využití pomáhá v zajištění svobody v rozhodování. Osoby s mentálním handicapem, které chtějí změnit svou situaci a zmírnit omezení svéprávnosti, se mohou obracet na poradnu Quip. Pracovníci zde pomáhají klientům

s mentálním handicapem při zrušení omezení svéprávnosti a přechodu na některou alternativní možnost. Pracují na rozvoji jejich samostatnosti a převzetí kontroly nad vlastním životem (Rytmus, 2021, online). Existence organizací podporujících svobodné možnosti volby a rozhodování má pro mnohé osoby s mentálním handicapem velikou cenu. Pomáhají měnit úhel pohledu na omezení svéprávnosti nejen soudců, ale i jiných úředních osob.

Poradna pořádá také školení pracovníků sociálních služeb, zaměřené právě na alternativy a podporované rozhodování. Především sociální pracovníci v rámci služby přicházejí do kontaktu s problematikou omezení svéprávnosti klientů. To se týká například uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby, ale také dalších činností. Dle oblastí, ve kterých je klient omezen (Janečková, Čiberová, Mach, 2016).

Podpora samostatného rozhodování, práce na tvorbě vlastních rozhodnutí a možnost nést určitou míru rizika a odpovědnosti za své volby posiluje autonomii a zvyšuje kompetence pro vedení samostatného života. Ambulantní služby se mohou stát v této oblasti důležitým zdrojem.

Shrnutí druhé kapitoly

Pojmosloví zastává důležitou roli v práci s lidmi s mentálním handicapem. Toto slovní spojení vyjadřuje, že na prvním místě se jedná o člověka. Užití slova handicap poté znamená, že potíže, které daný člověk má, nepocházejí pouze z individuality osobnosti. Jsou vytvářeny také společenským systémem, který těmto lidem tvoří překážky. Také potřeby osob s mentálním handicapem se shodují s běžnými potřebami zbytku populace. Zaměření se na člověka na prvním místě tak napomáhá jejich správné identifikaci. Od toho se odvíjí také kvalita života člověka. O tom, zda je život kvalitní, rozhoduje vždy člověk sám. Proto je potřebné podporovat jeho schopnosti a také možnosti své prožívání vyjadřovat. Kvalita života souvisí s možností o svém životě rozhodovat. Lidé s mentálním handicapem jsou v tomto ohledu často omezováni jinými osobami. Jednat se může například o opatrovníky či rodinné příslušníky, kteří se snaží své blízké ochránit před újmou. V důsledku jim tento přístup může vytvářet překážku v prožívání plnohodnotného života. Situaci pomáhá zavedení alternativních možností k institutu omezení svéprávnosti. Cílem je poskytnout podporu v rozhodování. I přes změnu legislativy však bylo mezi lety 2013 až 2019 z 256 vydaných rozsudků ve 40 % rozhodnuto o omezení všech nebo téměř všech oblastí právního jednání. Změna legislativy nestačí, nutné je také změnit zaběhnuté zvyky.

4 Možnosti rozvoje samostatnosti u osob s lehkým mentálním handicapem

Ambulantní služby se v rámci svého působení věnují různým aktivitám. Základní činnosti a náplň je upravena zákonem č. 108/2006 Sb. a vyhláškou č. 505/2006 Sb. Pod obecnými názvy se ukrývá celá škála různorodých aktivit a činností. Ambulantní služby si kladou za obecný cíl především předcházení sociálnímu vyloučení, zapojení do společnosti, rozvíjení dovedností a schopností klientů, podporování samostatnosti a zajištění smysluplně stráveného času.

Konkrétně se mohou věnovat například vzdělávací činnosti. Řada klientů se do ambulantních služeb dostává po ukončení vzdělávacího procesu. Zde tak navazují na již získané vědomosti především v oblasti trivia – čtení, psaní a počítání. Cílem je udržení, prohlubování a rozvoj schopností získaných při vzdělání. Míra zvládnutí trivia ovlivňuje možnosti samostatnosti v dospělém životě (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Mimo vzdělávacích činností je nabízeno množství výtvarných a rukodělných aktivit. Klienti mohou používat barev v různých formách, tvořit či zapojit se do tvorby výrobků z keramiky, dřeva, látek, pedigu atd. Vše dle individuálních možností klientů a nabídky služby. Tyto činnosti mají za cíl aktivizovat klienta a mimo jiné také rozvíjet jemnou motoriku, tedy pohyby ruky, uchopování předmětů a manipulaci s nimi. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Jemná a hrubá motorika souvisí také s osvojením základní sebeobsluhy. S tím většinou nemají osoby s lehkým mentálním handicapem větší potíže (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018). Pro vyšší míru samostatnosti však není podstatná pouze tato oblast, ale také schopnost orientace. Solovská (2013) shledává jako důležitou náplň ambulantních sociálních služeb při snaze o rozvoj samostatnosti klientů především nácvik orientace v čase (hodiny, dny), místě (okolí bydliště), schopnost samostatného cestování či nakupování. Pracovníci ambulantních služeb tak mohou se svými klienty provést nácvik cesty ze služby domů či do obchodu, a to jak pěší formou, tak prostřednictvím veřejné hromadné dopravy.

Dále mohou ambulantní služby zastávat roli poskytovatele zájmové činnosti klientů. Ne vždy mají lidé s lehkým mentálním handicapem možnost využívání volně dostupných zájmových aktivit pro širokou veřejnost. Zde se tak mohou věnovat svým koníčkům, pokud to služba umožňuje, a získávat prožitek naplněného života. V rámci zájmových aktivit také navazují vztahy a udržují režim dne. Solovská (2013) popisuje například nácvik k lepší orientaci ve vztazích pomocí modelových situací. Navrhuje využít obrázků či fotografií zobrazující například fáze vztahu nebo pro orientaci v denní režimu.

Mnoho ambulantních sociálních služeb pro osoby s mentálním handicapem zaopatřuje svým klientům nadstavbové aktivity jako jsou výlety, zájezdy, návštěvy veřejných institucí, divadel, kin, knihoven, restaurací apod. Klienti získávají kompetence pro samostatné využívání veřejných služeb, nové zážitky a tyto aktivity také pomáhají v předcházení sociálnímu vyloučení.

Pro podporu samostatnosti je vedle aktivizujících činností a nácviků důležitý také komplexní postoj a přístup pracovníků k osobnosti lidí s mentálním handicapem. Přístupů k práci s člověkem s mentálním handicapem je možné najít velké množství, které by svým rozsahem vydalo na samostatnou publikaci. Dále bude popsán jeden z hlavních přístupů při práci s lidmi s mentálním handicapem a představen bude také koncept ucelené rehabilitace, jehož součástí je také sociální práce.

4.1 Přístup zaměřený na člověka

Přístup zaměřený na člověka, na klienta či zkráceně PCA (Personal Centered Approach) vzešel z práce Carla Rogerse. Mezi tři základní složky postoje zaměřeného na osobu se řadí empatie – porozumění vcítěním, úcta k osobnosti – akceptace bez hodnocení a kongruence – opravdovost pracovníka (Pörtner, 2009). Rogers (2020) popisuje kongruenci jako schopnost terapeuta být ve vztahu sám se sebou, uvědomování si svého niterného prožívání, opravdovost vůči klientovi. Akceptaci, tedy přijetí klienta i všech jeho pocitů, které se mohou objevit, považuje za základní podmínku pro vytvoření prostředí podněcujícího k růstu. Jako nejmocnější sílu vnímá empatické porozumění prožívání klienta. Ponoření se do jeho světa a pomoc v rozkrývání významů na vědomé i podvědomé úrovni klienta.

Pörtner (2009:83) upozorňuje na problematiku naplňování kritéria kongruence ze strany pečovatelů a k tomu říká: „*Všem zúčastněným osobám musí být zřejmé, že jde o profesní vztah, jakkoli může být srdečný, vřelý a láskyplný. Profesionalita v žádném případě neznamená chlad a nezúčastněnost.*“ Pečovatelé či pracovníci služeb se dle Pörtner (2009) pohybují na dvou protipólech. Buďto jsou bezmezně oddaní své práci a nemají nastaveny přiměřené hranice nebo naopak nepřiměřeně udržují odstup od klientů.

Dalším užívaným názvem pro označení přístupu zaměřeného na člověka je nedirektivní psychoterapie (nondirective psychotherapy). Nedirektivní neznamená pasivitu, ale absenci vnucování vlastního stanoviska či manipulace (Vymětal, 2001). Rogers (2015:7) popisuje roli přístupu na rozvoj jedince takto: „*Pokud dokážu nabídnout jistý druh vztahu, druhý v sobě objeví schopnost tento vztah využít k růstu a dojde u něj k osobnímu vývoji.*“ Pojem direktivnost

a nedirektivnost je užíván také v souvislosti se způsobem práce s lidmi v oblasti sociální práce. Tématu moci v souvislosti s přístupem zaměřeným na klienta a sociální práci se věnuje Bajer (2015:96). Uvádí, že: „*Rogersovo pojetí se zásadně liší od porozumění moci a důležitosti kontroly v sociální práci...Rogers věří tomu, že se mohou lidé změnit, disponují po/mocí, jen je třeba k tomu vytvořit vhodné podmínky a není potřeba je jakkoliv kontrolovat.*“ Moc je plně v rukou klienta, který ji využívá dle vlastního uvážení.

Proces, kdy osoba dojde k potřebě změny se nazývá aktualizací tendence. Ta vede k sebeaktualizaci a seberealizaci. Vymětal (2001:41) dodává: „*Zejména bezvýhradné přijetí (akceptace) druhými, je prvořadě významné pro osobnostní rozvoj a duševní zdraví, protože vede k pocitu bezpečí, vědomí vlastní hodnoty a k důvěře ve svět, jenž se pak člověku stává domovem.*“ Vytvoření vhodného prostředí a vztahu podněcuje aktualizací tendence.

Pracovníci ambulantních sociálních služeb tak mohou pro rozvoj samostatnosti osob s mentálním handicapem udělat mnohé již tím, jaký vztah se svými klienty vybudují. Potřebné vzdělání je zajišťováno například Institutem PCA v Praze, který je členem mezinárodních organizací PCA-PCE Europe (Síť evropských asociací pro přístup na člověka a zážitkové přístupy v psychoterapii a poradenství) a WAPCE (Světová asociace pro přístup na člověka a zážitkové přístupy v psychoterapii a poradenství). Do jeho nabídky patří dvou stupňový výcvikový program, kdy dosažení prvního stupně je nutno splnit 720 hodin výcviku. Pro splnění druhého stupně 400 hodin výcviku. Program je tedy bohatý na získávání vlastní zkušenosti v praktickém používání přístupu zaměřeného na člověka. Absolventi by měli disponovat osobnostními kvalitami a profesionálními dovednostmi pro používání PCA (PCA Institut Praha, 2021, online).

Užívání PCA při práci s lidmi s mentálním handicapem je specifickou oblastí, které se věnuje Pörtner (2009). Dle jejího pohledu je pro osoby s mentálním handicapem zásadní dovést je pomocí přístupu zaměřeného na člověka ke sblížení s vlastním prožíváním, od kterého jsou často odtrhováni. Při projevu negativních emocí se mohou v důsledku cítit provinile nebo v sobě tyto emoce izolují, dokud nedojde k jejich nahromadění a následnému prudkému vyjádření. Toto chování pak pro okolí i člověka samotného působí nesrozumitelně. Klade tedy důraz na to ukázat lidem s mentálním handicapem cestu k vlastnímu prožívání: „*Lidi s mentálním postižením musíme naopak povzbuzovat, aby své vjemy a dojmy sami předem neodmítali jako cosi „nenormálního“, nýbrž aby je brali vážně, když jsou „jiné“, než si oni myslí, že by měly být.*“ (ibid:70)

Z výše uvedeného a také z názvu (přístup zaměřený na člověka) by se mohlo jevit, že klade svou pozornost pouze na „problém“, „postižení“ na straně člověka. Tento přístup však vždy zahrnuje i okolní podmínky, bere ohled na prostředí člověka. *„Tím neříkáme, že by se postižení mělo popírat nebo zastírat. Postižení je realita, kterou je nutno akceptovat. Tato realita má však mnoho aspektů, které se snadno přehlédnou, dokud je pohled fixován jednostranně na aspekt „postižení“ (Pörtner, 2009:70).*

Přístup zaměřený na člověka je tak velmi komplexním pohledem na práci s lidmi s mentálním handicapem. Nejen samotné činnosti a aktivity ambulantních služeb pomáhají k dosažení vyšší samostatnosti. Dobře uchopený vztah mezi pracovníkem a klientem služby může vést k rozvoji posunu osobnosti klienta. Samotná sociální práce v rámci ambulantních sociálních služeb může být vnímána jako jedna ze souboru specifických částí při práci s člověkem s mentálním handicapem a snaze při získání co nejvyšší samostatnosti.

4.2 Sociální práce jako součást ucelené rehabilitace

V české literatuře se lze nejčastěji setkat s popisem ucelené rehabilitace, která spíše odpovídá medicínskému modelu práce s klienty. Někdy je nazývána také koordinovaná či z anglického slova „comprehensive“ – komprehenzivní rehabilitace. Zaměřuje se na „postižení“ člověka a jeho rehabilitaci. Snaží se tedy prostřednictvím různých oborů o co nejvyšší adaptaci člověka s handicapem svému prostředí. Kolář (2009:1) v souladu s předchozím tvrzením popisuje rehabilitaci jako: *„koordinované a plynulé úsilí společnosti s cílem integrace jedince.“*

Autoři věnující se tématu ucelené rehabilitace argumentují její vhodnost tím, že člověk je obecně popisován jako bio-psycho-sociální bytost, a tak by i jeho začleňování, integrace do běžné společnosti měla být prováděna pomocí tzv. ucelené rehabilitace. Pod pojmem ucelená rehabilitace se skrývá široké spektrum oblastí, které jsou u daného člověka cíleně rozvíjeny. Nezahrnuje pouze lékařské obory, ale také obory pedagogické, speciálně pedagogické, sociální práci, právní obory, psychologii. Jejím cílem je navrácení nebo zařazení člověka do společenského prostředí (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

Mezi autory, kteří považují ucelenou rehabilitaci za *„kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích i technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižení...“* patří například Pfeiffer, Votava, Jesenský a Novosad (Čeledová, Čevela, 2011:654). Tento popis ucelené rehabilitace, stejně jako mnoho jiných je zaměřen na jednotlivce a jeho přizpůsobení se okolním podmínkám.

Švestková (in Vacková, 2020:21) popisuje koordinovanou rehabilitaci jako „*proces, jehož cílem je umožnit osobám s disabilitou dosáhnout nebo udržet si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí a poskytnout jim prostředky a podporu pro dosažení vyšší nezávislosti.*“ Ve výše zmíněném je již cítit posun ve vnímání ucelené rehabilitace i v užití terminologii. Z následujícího textu jsou patrné další aspekty, které dokládají pozornost zaměřenou na individuální schopnosti a přizpůsobení jednotlivců.

Velký význam má dle Jankovského (2006) v období dospívání, kdy může silně ovlivnit budoucí úroveň života člověka s handicapem. Včasné, koordinované a soustavné úsilí může zajistit v dospělosti samostatnost v oblasti bydlení, zaměstnání, vzdělávání a usnadní navazování vztahů. Využití ji lze i v období dospělosti jedince. Komprehenzivní neboli ucelená rehabilitace zahrnuje rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní. Důležité je právě propojení a souběžné rozvíjení všech čtyř složek.

Léčebná rehabilitace se zaměřuje na funkční poruchy a jejich odstranění a je zajišťována týmem lékařů. Zahrnuje ty činnosti, které si většina lidí pod pojmem rehabilitace představí. Využívat může fyzioterapie, masáže, ultrazvuk, elektroléčbu, magnetoterapii, vodoléčbu apod. Své místo v léčebné rehabilitaci má také ergoterapie. Ta využívá pracovních činností k rozvinutí schopností sebeobsluhy, jemné i hrubé motoriky, koordinace, vnímání, vytrvalosti a zlepšení psychických, emocionálních a sociálních dovedností (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

Sociální rehabilitace je proces směřující k překonání sociálních důsledků handicapu. Cílem je co nejvyšší sociální začlenění. Představuje aktivní nástroj působící na snížení míry závislosti klienta na svém okolí. Konkrétními příklady nacvičovaných činností je péče o domácnost, sebeobsluha, orientace a samostatný pohyb nebo rozvoj komunikačních schopností (Procházková, Sayoud Solárová, 2014). Součástí sociální rehabilitace je také poradenství. Klienti by měli být podporováni ve schopnosti samostatného rozhodování a v posilování své autonomie. Měli by být podpořeni v naplňování svých potřeb a zájmů, uplatňování svých práv. Důležitým cílem sociální rehabilitace je také vyrovnání příležitostí (Votava, 2003).

Oblast pedagogické rehabilitace je v rukou pedagogických pracovníků a zaměřuje se skrze speciální pedagogické nástroje především na období, kdy je člověk ve vzdělávacím procesu. Cílem je podpořit člověka s handicapem k dosažení co nejvyššího možného vzdělání a kvalifikace, zapojit jej do všech běžných součástí života a tím pomoci vytvořit základ pro další možnosti při hledání zaměstnání (Votava, 2003). Žákům se speciálními vzdělávacími potřebami, podpůrným opatřením nebo úpravě činnosti asistenta pedagoga se zabývá vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Tato oblast rehabilitace je však určena stejně tak i dospělým. Náplní je rozvíjení motoriky, komunikačních schopností, orientace, osvojování vědomostí za použití pedagogických metod (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

Další velmi důležitou součástí ucelené rehabilitace je pracovní rehabilitace, podporující a pomáhající klientům při volbě zaměstnání a uplatnění na trhu práce. Práce je nedílnou součástí života a zapojení klientů do pracovního procesu je tak jedním z pilířů plnohodnotného života. Dle Procházkové a Sayoud Solárové (2014) je to opatření aktivní politiky zaměstnanosti sloužící vyrovnání příležitostí vedoucí k vysoké integraci. Do procesu pracovní rehabilitace je člověk zařazen po posouzení zdravotního stavu, vzdělání, dovedností a pracovní způsobilosti.

Pro ucelenou rehabilitaci lze využít různých terapeutických přístupů. Arteterapie využívá výtvarných technik pro uvolnění frustrace či napětí, vyjádření svých potřeb, zlepšení jemné motoriky či vizuomotorické koordinace. Muzikoterapie využívá hudby a rytmu k rozvoji podobných oblastí jako arteterapie. Prostřednictvím hudby lze vyjadřovat emoce a dojít k psychickému uvolnění (Procházková, Sayoud Solárová, 2014). Valenta (2013) nazývá tyto způsoby terapie jako expresivní a zařazuje mezi ně ještě dramaterapii. Ta využívá dramatických prostředků ke katarzi emocí a také k nácviku sociálních situací a jejich zvládnutí. Tím napomáhá sociálnímu začlenění.

Další možností terapie je využití zvířat. Nejčastěji se můžeme setkat s pojmy canisterapie (prostřednictvím psa) nebo hippoterapie (pomocí koní). Přítomnost zvířat pomáhá uvolnění psychického napětí či svalového tonu a pozitivní vliv má i na komunikační dovednosti (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

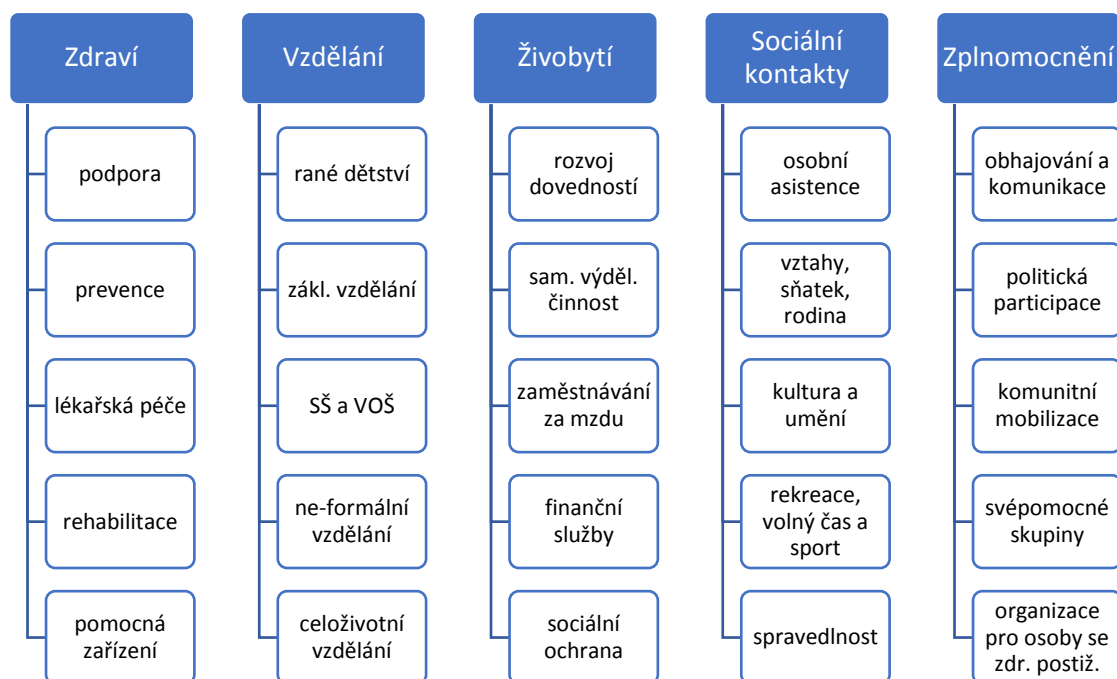
Solovská (2013) při výběru vhodných aktivit, které klientovi dané služby pomohou v získání nových dovedností doporučuje dbát na jeho potřeby, přání a vlastní motivaci. Činnost by měla být pro daného klienta zajímavá, atraktivní a měla by navazovat na již získané dovednosti. Zároveň nedoporučuje přesvědčovat klienta k aktivitě, pokud se na to necítí. Tento individuální přístup je základem dobré spolupráce. Součástí by mělo být i pravidelné zhodnocení míry pozornosti či projevů únavy, které pomůže k určení délky aktivity. Informace je vhodné čerpat také z předchozích zkušeností s prací s klientem.

Při ucelené rehabilitaci jsou důležité všechny její složky, a především jejich vzájemné propojení a prolínání jednotlivých aktivit v jeden celek. Základem je vytvoření individuálního plánu klienta a posouzení konkrétních potřeb a oblastí, kde je rozvoj nejvíce potřebný. Vše za spolupráce klienta a dalších subjektů. Klíčovou roli v koordinaci by měl zastávat sociální

pracovník či pracovnice. V České republice však doposud neexistuje žádný zákon ukotvující ucelenou či koordinovanou rehabilitaci a znemožňuje tak její provádění zdravotními či sociálními pracovníky (Vacková, 2020).

Výše uvedený text dokládá popis ucelené rehabilitace v české literatuře a v některých oblastech lze jasně spatřit prvky snahy o přizpůsobení člověka jeho okolí. Ucelená rehabilitace je pro osoby s mentálním handicapem dobře využitelná, avšak její koncept by bylo vhodné rozšířit o potřebu přizpůsobení také okolí člověku. Je však nutné poznamenat, že se Světová zdravotnická organizace snaží inovovat a nové pojetí zahrnuje mnohem širší možnosti a na proces zaměřené schopnosti. Pro ilustraci posunu uvádím následující obrázek, kde je zobrazeno 5 klíčových oblastí, tzv. matice koordinované rehabilitace (Community Based Rehabilitation Matrix) (WHO in Vacková, 2020).

Obrázek 3: Koordinovaná rehabilitace zobrazená v matici /z ang. orig. CBR Matrix/ (WHO in Vacková, 2020:39)



Ambulantní sociální služby s využitím přístupu jako je přístup zaměřený na člověka a dalších nástrojů usilují o zvyšování kompetencí klientů. Podporují samostatnost a autonomii klienta. Stejně jako je zvykem v běžné populaci, jedná se zejména o samostatnost v oblasti obživy, zaměstnání a v oblasti bydlení. Následující části se tak budou věnovat možnostem, jaké mají osoby s mentálním handicapem v oblasti zaměstnání a bydlení, aby v nich mohli dosáhnout větší samostatnosti. Pracovníci ambulantních sociálních služeb by měli mít o těchto možnostech dostatek informací, které by měli být schopni kvalitně předat klientům i pečujícím, popřípadě je umět na některé služby přímo navázat.

4.3 Rozvoj samostatnosti v oblasti zaměstnávání osob s lehkým mentálním handicapem

Osamostatnění není jednoduchý proces ani pro člověka bez handicapu. Neznamená však úplné odstřížení od rodiny. Rodina zůstává i nadále v kontaktu, avšak osamostatněný člen rodiny získává zkušenosti a zážitky i mimo rodinné prostředí. V procesu osamostatňování může dojít k mnohým obtížím. V případě, kdy je člověk hodně opečováván a dlouhou dobu žije v rodině, je pro něj následně přebírání odpovědnosti za svůj život a péče o domácnost značně ztížena. Významnou oblastí, jejíž dosažení má značný vliv na sebevědomí člověka, je získání zaměstnání a pracovní úspěch. Procházková a Sayoud Solárová (2014:92) v souvislosti s tím uvádí, že *„schopnost zvládnout přiměřeným způsobem pracovní roli je jedním z psychosociálních kritérií dospělosti.“*

Zaměstnání je jednou ze základních sfér života běžné populace. I pro lidi s mentálním handicapem je naplnění této oblasti důležité. V současné době se nabízí škála možností, jak získat pracovní uplatnění a díky tomu pocit naplnění, užitečnosti, samostatnosti a sebedůvěry ve své schopnosti. Možnost stát se ekonomicky aktivními také pozitivně ovlivňuje vnímání osob s mentálním handicapem ze strany široké veřejnosti (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014).

Oproti intaktní veřejnosti je osobám s mentálním handicapem nástup na trh práce ztížen a jsou ohroženi diskriminací ze stran zaměstnavatelů. Ti mohou být ovlivněni nejrůznějšími předsudky panujícími o těchto lidech. Například o neschopnosti vykonávat jakoukoliv práci nebo častých absencích. Velkou roli v tom hraje neinformovanost zaměstnavatelů, ale také klientů samotných. Ti předpokládají, že je nikdo nebude chtít zaměstnat, a proto mohou ztrácet motivaci v další snaze (Procházková, Sayoud Solárová, 2014).

Právo *„dle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností“* je obsaženo v Deklaraci práv lidí s mentálním postižením přijaté již v roce 1971. Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, ukotvuje právo každého občana zlepšit svou životní úroveň a uspokojovat své potřeby díky prostředkům získaným prací (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014:168).

Ambulantní služby zde mohou sehrát důležitou roli. Posilují pracovní sebevědomí klienta, pomáhají a podporují ho v samostatnosti a rozvoji nových schopností, dovedností a pracovních návyků. V součinnosti s některou z organizací zabývajících se nalézání pracovního uplatnění na chráněném či volném trhu práce mohou posloužit jako odrazový můstek, zdroj informací a

podpora pro klienta i jeho rodinu. Významnou je v České republice například organizace Rytmus, která se věnuje zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním na chráněném i volném trhu práce.

Osobám se zdravotním handicapem je věnována na pracovním trhu zvýšená ochrana. Touto oblastí se zabývá zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, konkrétně pak část třetí § 67 až § 84. Vymezuje podmínky, za kterých je osoba považována za osobu se zdravotním handicapem, upravuje příspěvky týkající se pracovních míst pro osoby se zdravotním handicapem, zabývá se chráněným trhem práce. Vymezuje také práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráci s Úřady práce. Organizovány jsou projekty, které cílí na podporu zaměstnanosti osob se zdravotním handicapem. Již před ukončením školní docházky lze využít tzv. tranzitní program. Dále v dospělosti je možné využívat dalších služeb.

Program přechodu ze školy do zaměstnání

Takzvaný „tranzitní program“ představuje soubor služeb usnadňující přechod ze školy do zaměstnání. K tomu se využívají individuální praxe na běžných pracovištích. Program nabízí vyzkoušet různá zaměstnání ještě v době školní docházky a vytvořit si představu o tom, co by chtěli a mohli v budoucnu dělat. V ideálním případě rovnou navázat spolupráci a získat pracovní místo (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

Dle Valentové (2014) je doba průběhu programu okolo 1 až 4 let, kdy je klient průběžně podporován v hledání zaměstnání a své cesty po ukončení vzdělávání. Spolupráce je navazována již při vzdělávání, aby byl klient plynule připravován na zásadní přechod. Prvně je tedy osloven ve školském zařízení. Je vytvořen individuální plán, jsou zjištěny jeho představy o budoucnosti. Do procesu plánování je zapojen klient, rodina, asistent tranzitního programu a školské zařízení, které uvolňuje studenta z výuky pro účely absolvování praxí. V rámci programu je klientovi a jeho rodině poskytováno poradenství v oblastech bydlení, zaměstnání, volného času nebo spoluprací s úřady. Zajišťován je trénink dovedností spojených se zaměstnáním jako je cestování, telefonování apod. Klient se účastní skupinových či individuálních návštěv na pracovištích, je mu zajišťována individuální praxe na běžných pracovištích, vzdělávací aktivity jako různé kurzy, besedy, Job kluby a další.

V České republice se na tyto programy zaměřuje například nevládní nezisková organizace Rytmus (Černá, 2015). Organizace Rytmus byla založena v roce 1994 a od té doby pomáhá se začleňováním osob se zdravotním handicapem do života. Pomáhá žákům se speciálními vzdělávacími potřebami se začleněním ve škole. V dospělém věku pak pomáhá s přechodem ze

školského zařízení do zaměstnání skrze výše zmíněné „tranzitní programy“ (Rytmus, 2021, online).

Toto je ideální cesta k přechodu ze vzdělávání k zaměstnání a samostatnějšímu životu. Ne vždy je tento přímý přechod možný. Často jsou proto žáci ukončující školní docházku navázáni na některou z ambulantních sociálních služeb, které jsou schopny dále klientovi nabídnou jiné alternativy.

Tréninkové programy

Pomáhají člověku připravit se na běžné pracovní místo. Nejčastěji se v dnešní době můžeme setkat s kavárnami nebo také prádelnami a nabídkou zahradnických prací. Jejich cílem je, aby klient v určitém časovém období získal pracovní návyky a postupně se zlepšoval v komunikaci a dalších potřebných sociálních dovednostech. Služba má také časové omezení, které má motivovat klienty k úsilí a předcházet příliš dlouhému využívání služby (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010).

V současné době jsou jednou z nejvíce využívaných způsobů Tréninkové kavárny. Zde se klienti učí pracovním schopnostem v prostředí, které je co nejpodobnější prostředí na otevřeném trhu práce. Cílem je postupné snižování podpory a následné zařazení klienta do běžného pracovního procesu. Kavárny jsou tedy přechodným místem, kde si klient za přítomnosti asistenta vytváří pracovní návyky, navazuje pracovní vztahy a získává mnoho zkušeností využitelných mimo chráněné prostředí kavárny (Cafe Martin, 2017, online).

Podporované zaměstnávání

Další možností, kterou mohou lidé s mentálním handicapem využít k získání pracovního místa je podporované zaměstnávání. Upraveno je zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Spadá pod Pracovní rehabilitaci, kterou zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky. Zahrnuje poradenskou činnost, teoretickou i praktickou přípravu na zaměstnání a získání podpory při jeho udržení. Podporované zaměstnávání se zrodilo v sedmdesátých letech v USA. Velkým průkopníkem v Evropě se staly skandinávské státy jako je Norsko. Do ČR se služba poprvé dostala v roce 1995, kdy v Praze vznikla první agentura (Vitáková, 2005). Cílem je umožnit lidem s omezeními získat pracovní místo na otevřeném trhu práce na základě jejich zájmů, schopností a osobních možností či nadání. Podpora je poskytována individuálně na základě potřeb klienta a zaměstnavatele. Podpora je vyvážená, tedy poskytována jen v takové míře, ve které je to nutné. Zároveň je postupně snižována (Vilímková, 2013).

Jedná se o vyhledání pracovního místa na volném trhu práce. Dochází k tréninku pracovních dovedností přímo na zvoleném pracovišti. Zde se učí práci vykonávat, seznamují se s kolegy, mají možnost si na situaci zvyknout a navázat vztahy. Službu zajišťují agentury většinou pouze po určitou dobu, poté musí klient využívat podpory z jiných zdrojů (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010). Klíčovými znaky podporovaného zaměstnávání je aktivní přístup klienta programu, okamžité umístění na pracovní místo a trénink přímo na pracovišti, zaměstnání v běžném pracovním prostředí a průběžná podpora. (Pipeková, Vítková, Bartoňová, 2014).

Chráněná pracoviště a chráněné dílny

Pokud člověk s mentálním handicapem nemůže nalézt vhodné uplatnění na volném trhu práce, může využít nabídky chráněných dílen, jež vycházejí pracovními podmínkami vstříc osobám se zdravotním omezením. Vytvářejí specifické prostředí, kde lidé nejsou vystaveni běžným podmínkám volného trhu práce. Pracují zde společně, popřípadě za spolupráce asistenta. Mají možnost se naučit a rozvíjet své pracovní schopnosti a dovednosti (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

Místo na chráněném trhu práce je často jedinou možností pracovního uplatnění osob, které potřebují speciální pracovní podmínky. Ty by jim na otevřeném trhu práce nemohly být poskytnuty. Pracovní doba je přizpůsobena potřebám klienta vždy po individuální domluvě. Výše hodinové dotace se může v průběhu zvyšovat při narůstajících pracovních dovednostech. Na klienty není vytvářen tlak na výkonnost jako na běžných pracovních místech. Jsou zohledňovány jejich zdravotní či jiná specifika.

Organizace zabývající se poskytováním chráněných pracovních míst například provozují dílny, kde klienti vytváří výrobky vhodné k prodeji jako jsou svíčky, keramické či šité výrobky. Mohou se však také zaměřovat na tvorbu pracovních míst v oblasti úklidu, zahradnických prací, nabídkou žehlení a praní prádla. Díky tomu je možné vybrat klientovi takové pracovní uplatnění, ke kterému má nejbližší. Vzdůstá tím šance, že klient se na pracovním místě udrží a zlepší tak své uplatnění a začlenění do společnosti. Příkladem organizace nabízející široké spektrum pracovního uplatnění v rámci chráněných dílen je Sdružení Tulipan, z. s. (Sdružení Tulipan, 2021, online).

Osoby, u kterých není možné umístění na volném ani chráněném trhu práce, mohou využívat ambulantních sociálních služeb, které v tuto chvíli suplují docházku do zaměstnání. Klienti se

mnohdy cítí součástí pracující části společnosti. I docházka do ambulantní služby může zajistit prožitky začlenění a pomáhat v předcházení sociálního vyloučení.

4.4 Podpora samostatnosti v oblasti bydlení osob s lehkým mentálním handicapem

Stejně jako v oblasti zaměstnání existují různé druhy podpory také v oblasti bydlení. Lidem s mentálním handicapem, kteří potřebují v samostatném bydlení podporu, jsou zajištěny různé možnosti skrze sociální služby. Díky nim mohou dosáhnout maximální možné samostatnosti a zažívat život podobný běžnému životu široké společnosti.

Koncept chráněného bydlení je v současnosti hojně využíván. Tento trend je v souladu se snahou přiblížení života člověka s handicapem běžnému životu vrstevníků ve společnosti. Služba si klade za cíl začlenění osob s handicapem „*do přirozeného prostředí jejich města a místa, které je jim domovem. Život v chráněných bytech má vést k větší samostatnosti, ke zvládnutí sebeobsluhy a k plnohodnotnému životu ve společnosti*“ (Kahoun, 2013:373).

Jedná se o dlouhodobě poskytovanou pobytovou službu. Za člověkem dle jeho potřeb dochází osobní asistent, který mu pomáhá zvládat vymezené činnosti. Chráněné bydlení může být poskytováno individuálně nebo skupinově (Černá, 2015). Rozrůstání služby Chráněného bydlení je podporováno také snahou o transformaci sociálních služeb. Cílem je přetvoření ústavních zařízení a stěhování klientů do bytových jednotek či domů, které se více přibližují způsobu bydlení široké veřejnosti stejného věku (MPSV, 2021, online).

Posláním této služby je poskytnout podporu klientům při nácviu obstarávání chodu domácnosti a zajistit co nejběžnější způsob života. Klienti jsou podporováni v samostatném rozhodování a získání kontroly nad vlastním životem. Podpora se zaměřuje na rozvoj samostatného a aktivního způsobu života. Často bývá součástí chráněná dílna nebo sociálně terapeutická dílna. Služba je tedy navázána také na rozvoj pracovních schopností klientů (DH Liberec, 2021, online).

Chráněné bydlení může mít více podob. Rozlišováno je například skupinové, kdy žije více klientů v jednom vymezeném prostoru, nebo individuální, kdy jednu bytovou jednotku obývá pouze jeden klient. Chráněné bydlení v rámci domova pro osoby se zdravotním handicapem je určitým vstřícným krokem k deinstitucionalizaci, větší nezávislosti klientů a zajištění vyšší míry soukromí. V rámci areálu jsou zkonstruovány bytové jednotky. Program a režim je však stále hodně podobný ústavnímu režimu (Pipeková, 2006). Dalším typem jsou chráněné byty vyskytující se v běžné zástavbě. Asistent jim pomáhá při vedení domácnosti. Bytové

společenství jako další typ bydlení je využíváno klienty, kteří potřebují vyšší míru podpory a asistentka je zde přítomna nepřetržitě. Součástí může být společenská místnost sloužící pro setkávání. Každý má však svůj pokoj, kde má v případě potřeby své soukromí (Sdružení Tulipan, 2021, online).

Služba podporovaného bydlení je člověku poskytována v jeho bytě, tedy služba neposkytuje bydlení samotné, ale pouze podporu v bydlení. Asistent podporuje člověka v péči o byt, pomáhá zajišťovat potřebné náležitosti s tím související jako péči o domácnost, ale také hospodaření či tvorbu rozpočtu. Tuto službu mohou poskytovat asistenti a pracovníci služby Podpora samostatného bydlení, která je upravena v § 43 zákona o sociálních službách.

Rozrůstající typy chráněného a podporovaného zaměstnávání a bydlení umožňují lidem s handicapem zažívat běžné situace a zlepšovat kvalitu jejich života. Člověk s mentálním handicapem tak může využít různých možností podpory jak v oblasti zaměstnání, tak v oblasti bydlení. Jednou z cest získání informací o těchto službách, je ze strany pracovníků ambulantních sociálních služeb, pokud takové člověk navštěvuje. Pracovníci často mají přehled o možnostech v okolí bydliště či kraji, které mohou klientovi a rodině či pečujícím osobám předat, popřípadě přímo na potřebnou službu navázat.

Shrnutí třetí kapitoly

Ambulantní služby zastávají různé role a poskytují svým klientům různé činnosti. Mohou se zde učit a trénovat nové dovednosti a schopnosti, navazovat vztahy, věnovat se zájmové činnosti a vyplnit tak svůj volný čas či se účastnit výletů a návštěv veřejných institucí jako jsou kina či divadla. Při práci s klientem mohou využívat například přístupu zaměřeného na člověka. Již dobře nastavený vztah mezi pracovníkem a klientem může sloužit jako nástroj pro rozvoj jeho samostatnosti či nalezení cesty k vlastnímu prožívání klienta. Tento přístup bere v potaz také prostředí člověka, které ho obklopuje a může vytvářet bariéry. Ucelená či koordinovaná rehabilitace, jejích součástí může být také sociální práce, se soustřeďuje spíše na handicap člověka a snahu přizpůsobení se okolí.

Lidé s mentálním handicapem mají ztížený přístup k zaměstnání. K usnadnění přístupu mohou využívat různých podpůrných programů. Mezi takové patří program přechodu ze školy do zaměstnání, tréninkové programy, podporované zaměstnávání či chráněná pracovní místa. Stále větší podpory se dostává i v oblasti bydlení. Ústavní zařízení jsou v rámci deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb přeměňovány v chráněná bydlení a život osob s mentálním handicapem získává stále hlubší rysy běžného života.

5 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření se odvíjí od cíle práce popsat roli ambulantních sociálních služeb na rozvoj a podporu samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem. Pro započetí výzkumné části byla vytvořena teoretická základna věnující se ambulantním sociálním službám pro osoby s mentálním handicapem, dále specifickým oblastem osobnosti důležitých pro rozvoj samostatnosti a autonomie. Věnovala se také způsobům, jak podporovat samostatnost skrze teoretický rámec přístupu zaměřeného na člověka či pomocí sociální práce jako součásti konceptu ucelené rehabilitace. Popsány byly možnosti podpory samostatnosti v oblasti zaměstnání a bydlení. Předchozí část práce bude udávat směr, kterým se bude výzkumná část dále ubírat.

5.1 Formulace hlavního výzkumného cíle (HVC) a dílčích výzkumných cílů (DVC)

Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jakou roli zastávají ambulantní sociální služby v rozvoji a podpoře samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Výzkumný cíl byl přizpůsoben potřebám hlavního cíle diplomové práce, který je směřován na popsání role ambulantních sociálních služeb na rozvoj a podporu samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem. Dílčí cíle budou rozděleny pro jednotlivé skupiny informantů, z jejichž pohledu bude role ambulantních služeb popisována. Cíle byly zvoleny tak, aby naplňovaly hlavní cíl diplomové práce. Formulace těchto cílů by měla zajistit pokrytí tématu a popsání role ambulantních služeb v rozvoji samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem.

Ambulantní sociální služby jsou důležitou součástí systému sociálních služeb v ČR. Tvoří oporu pro osoby s mentálním handicapem i pro pečující osoby. Jejich rozvoj je důležitý také v souvislosti s transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb v rámci přenesení služby co nejblíže klientovi. Problematice pečujících osob, transformaci a deinstitucionalizaci je věnována značná pozornost. Kdežto v tematice kvalitního rozvoje ambulantních služeb vnímám prostor pro zlepšení. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky č. 505/2006 Sb. a dalších i vnitřních metodických pokynů jsou upraveny základní činnosti, které služba poskytuje či způsob jejich poskytování. To má zajišťovat kvalitu poskytované služby, rozvoj klienta a předcházení jeho závislosti na službě. Veškeré dokumenty však budou plnit svůj účel pouze pokud jsou přijímány pracovníky a aplikovány do praxe. Výzkumné cíle zjišťují

vnímání poskytované služby sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, skrze něž mají být dodržovány.

1. dílčí výzkumný cíl (DVC1) bude zjišťovat, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu sociálních pracovníků.

Tento dílčí cíl bude směřován především na zjišťování pozice ambulantní služby v životě klienta s ohledem na rozvoj jeho samostatnosti. Tazatelské otázky jsou v tomto DVC zaměřeny na hlavní cíl a poslání služby, vliv na život klienta, získávání nových dovedností a schopností, roli sociálního pracovníka a překážkám ve využívání služby. Jak sociální pracovníci vnímají význam služby je základním bodem pro zjištění role ambulantní služby v rozvoji samostatnosti klienta. Jde o esenciální postoj pracovníků působících v dané službě, který ovlivňuje přímou práci s klienty.

2. dílčí výzkumný cíl (DVC2) bude zjišťovat, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle sociálních pracovníků.

Tento dílčí výzkumný cíl zjišťuje konkrétní způsoby podpory samostatnosti ze strany služby pohledem sociálních pracovníků. Jak konkrétně služba pomáhá zvyšovat samostatnost ve vybraných stěžejních oblastech. Tazatelské otázky cílí na oblast sebeobsluhy, bydlení či zaměstnání. Dále na podporu klienta v běžných a rizikových situacích, v samostatném rozhodování. Jedna z otázek je mířena na vliv tvorby individuálních plánů, protože je to zákonná povinnost všech poskytovatelů sociálních služeb a určuje průběh a kvalitu poskytované péče. Součástí je také otázka směřovaná na zjištění vnímaných překážek v dosahování větší samostatnosti klientů.

3. dílčí výzkumný cíl (DVC3) bude zkoumat, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu pracovníků v sociálních službách.

Pro naplnění hlavního cíle je velice důležité zjistit také pohled pracovníků v sociálních službách, jelikož jejich počty často ve službě převažují nad počty sociálních pracovníků. Vynecháním jejich vnímání významu služby pro klienta a jeho samostatnost by dostatečně nezajistilo vypovídající data. Tazatelské otázky se ptají na vnímaný hlavní cíl a poslání služby, vlivu na život klienta, získávání nových dovedností a schopností, roli sociálního pracovníka a překážkám ve využívání služby.

4. dílčí výzkumný cíl (DVC4) bude zaměřen na zjištění, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle pracovníků v sociálních službách.

Aby byl pohled na dané oblasti podpory úplný, je nutné znát také vnímání pracovníků v sociálních službách. Jejich pohled může být odlišný a otevírat nové otázky a témata, která by za jiných okolností nebyla otevřena. Zařazeno je například téma způsobu podporování samostatnosti v oblasti sebeobsluhy, bydlení či pracovního uplatnění. Dále způsoby práce s rizikovými situacemi či podporou klientů v běžných životních situacích. Tento dílčí výzkumný cíl se soustředí na pohled pracovníků v sociálních službách.

5.2 Metodologie výzkumu

Pro provedení výzkumu byla vzhledem k povaze cíle práce zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Cílem je popsat daný úzce vymezený jev. Švaříček a Šed'ová (2007:24) popisují kvalitativní výzkum jako induktivní. Nejprve dochází ke sběru dostatečného množství dat, který následně výzkumník zpracovává a hledá v něm pravidelnosti, vytváří předběžné závěry a ty se následně snaží podložit dalšími daty. Tento popis odpovídá typu výzkumného cíle, kterým je právě popis nějakého jevu. Správnost výběru výzkumné strategie dokládá také Mišovič (2016:22), který říká, že: „*Kvalitativní výzkum sleduje vytváření kategorií, teorií, s cílem porozumět podstatě zkoumaných jevů, usilovat o pochopení všech podstatných souvislostí jevu.*“ Dle Mišoviče (2016) je také kvalitativní výzkumná strategie zaměřena holisticky na popsání jevu jako celku, což také odpovídá potřebám této práce.

5.3 Výběr výzkumné techniky

Pro získání relevantních dat byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Ten umožňuje pokládat cíleně připravené otázky a dodržet tak určitý konsenzus u všech prováděných rozhovorů. Výzkumník má však šanci dále se doptávat a rozvíjet téma, které se při rozhovoru může otevřít a není dopředu předvídané. Data tak budou mít větší vypovídající hodnotu a lépe budou vystihovat sledovaný jev.

5.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Informanti byly osloveni z řad sociálních pracovníků a pracovníků v ambulantních sociálních službách pro osoby s mentálním handicapem. Konkrétně se jednalo o služby centrum denních služeb, denní stacionář, sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny. Pracovníci byly oslovováni telefonicky. Kontakt byl vyhledán v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Po udělení souhlasu s rozhovorem byli požádáni o doporučení dalších pracovníků služby, kteří by byli ochotní zúčastnit se výzkumného šetření. Tato metoda je popisována jako metoda sněhové koule, kdy dochází k postupnému nabalování nových informantů na základě

doporučení (Miovský in Švaříček, Šed'ová, 2007). Byl jim vysvětlen účel výzkumu, popsán průběh rozhovoru a možnosti setkání. Vzhledem k šíření nákazy koronaviru byla nabízena i možnost rozhovoru online formou, aby se předešlo možnému šíření. Všichni dotazovaní zvolili možnost osobního setkání.

Následující tabulka shrnuje základní informace o účastnících výzkumu jako je označení informanta, pracovní zařazení, věk, délku praxe a druh služby.

Tabulka 2: Přehled informantů (vlastní zpracování)

Označení informanta	Pracovní zařazení	Věk	Délka praxe	Druh služby
Informant 1	PSS	49	13	CDS
Informant 2	PSS	48	2	CDS
Informant 3	SP	38	1,5	STD
Informant 4	PSS	54	5	STD
Informant 5	SP	37	5	STD
Informant 6	PSS	56	30	STD
Informant 7	PSS	50	10	STD
Informant 8	PSS	47	2,5	STD
Informant 9	SP	39	8	DS
Informant 10	SP	55	16	CDS
Informant 11	SP	37	7	CDS
Informant 12	SP	56	27	STD

Výzkumného šetření se nezúčastnil žádný muž. Věkové rozmezí pracovníků v sociálních službách se pohybuje od 37 do 56 let věku. Délka praxe se již různí více. Nejdelší praxi má informantka č. 6 v délce 30 let. Nejkratší je 2 roky u informantky č. 2. Složení vzorku pracovníků v sociálních službách je od 3 různých poskytovatelů sociálních služeb, tedy ze 3 různých organizací. Jedná se o dvě sociálně terapeutické dílny a jedno centrum denních služeb. U skupiny sociálních pracovníků je různorodost služeb vyšší. Každý sociální pracovník je z jiné

sociální služby. Nejčastěji informantky pracují ve službě STD a CDS. Pouze jedna informantka je z denního stacionáře.

5.5 Transformace výzkumných cílů do výzkumných otázek

Pro transformaci výzkumných cílů do konkrétních výzkumných otázek byla využita tabulka níže. V ní jsou zaznamenány dílčí výzkumné cíle, indikátory i konkrétní tazatelské otázky. Dílčích cíle jsou celkem čtyři. V základu jsou pouze dva dílčí cíle, ty se však následně rozdělují podle typu informanta, z jehož pohledu je daný cíl zkoumán.

Tabulka 3: Transformační tabulka (vlastní zpracování)

Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Nositel informace	Výzkumný nástroj	Indikátory	Tazatelské otázky
DVC1: Zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu sociálních pracovníků.	Sociální pracovník	Polostrukturovaný rozhovor	Poslání a cíl služby z pohledu sociálního pracovníka	TO1: Co vnímáte jako hlavní cíl a poslání služby?
			Vliv služby na kvalitu života klientů	TO2: Jaký vliv má podle Vás využívání služby na život klienta?
			Vliv služby na získané schopnosti a dovednosti klientů	TO3: Jaké nové dovednosti a schopnosti klienti díky službě získávají?
			Význam sociálního pracovníka pro rozvoj samostatnosti klientů	TO4: Jakými způsoby sociální pracovník pomáhá v rozvoji samostatnosti klienta?
			Vnímané překážky ve využívání služby klientem	TO5: Jaké vnímáte překážky ve využívání služby klientem?
DVC2: Zjistit, jaké podpory pro rozvoj	Sociální pracovník	Polostrukturovaný rozhovor	Podpora samostatnosti v oblasti sebeobsluhy	TO6: Jak daná služba pomáhá ve zlepšování sebeobsluhy klientů?

samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle sociálních pracovníků.			Podpora samostatnosti v oblasti bydlení	TO7: Jak služba pomáhá zvyšovat samostatnost v oblasti bydlení?
			Podpora v oblasti pracovního uplatnění	TO8: Jak pomáhá služba klientům s uplatněním na pracovním trhu?
			Podpora klienta v oblasti samostatného rozhodování	TO9: Jak je ve službě podporováno samostatné rozhodování klientů?
			Vliv vytváření individuálního plánu na rozvoj samostatnosti klientů	TO10: Jak pomáhá vytváření individuálních plánů v rozvoji samostatnosti klientů?
			Způsob práce s rizikovými situacemi	TO11: Jak přistupujete k rizikovým situacím, do kterých se klienti mohou dostávat? TO12: Jak jsou klienti podporováni v samostatném zvládnutí běžných situací?
			Vnímané překážky v rozvoji samostatnosti	TO13: Jaké vnímáte překážky v dosahování větší samostatnosti klientů?
DVC3: Zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní služba z pohledu pracovníků v sociálních službách.	Pracovník v sociálních službách	Polostrukturovaný rozhovor	Poslání a cíl služby z pohledu pracovníka v sociálních službách	TO1: Co vnímáte jako hlavní cíl a poslání služby?
			Vliv služby na kvalitu života klientů	TO2: Jaký vliv má podle Vás využívání služby na život klienta?
			Vliv služby na získané schopnosti a	TO3: Jaké nové dovednosti a schopnosti klienti díky službě získávají?

			dovednosti klientů	
			Význam pracovníka v sociálních službách pro rozvoj samostatnosti klientů	TO4: Jak pracovník v sociálních službách pomáhá v rozvoji samostatnosti klienta?
			Vnímané překážky ve využívání služby klientem	TO5: Jaké vnímáte překážky ve využívání služby klientem?
DVC4: Zjistit, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle pracovníků v sociálních službách.	Pracovník v sociálních službách	Polostrukturovaný rozhovor	Podpora samostatnosti v oblasti sebeobsluhy	TO6: Jak služba pomáhá ve zlepšování sebeobsluhy klientů?
			Podpora samostatnosti v oblasti bydlení	TO7: Jak služba pomáhá zvyšovat samostatnost v oblasti bydlení?
			Rozvoj v oblasti pracovního uplatnění	TO8: Jak pomáhá služba klientům s uplatněním na pracovním trhu?
			Podpora klienta v oblasti samostatného rozhodování	TO9: Jak je ve službě podporováno samostatné rozhodování klientů?
			Vliv vytváření individuálního plánu na rozvoj samostatnosti klientů	TO10: Jak pomáhá vytváření individuálních plánů v rozvoji samostatnosti klientů?
			Způsob práce s rizikovými situacemi	TO11: Jak přistupujete k rizikovým situacím, do kterých se klienti mohou dostávat? TO12: Jak jsou klienti podporováni

				v samostatném zvládnání běžných situací?
			Vnímané překážky v rozvoji samostatnosti	TO13: Jaké vnímáte překážky v dosahování větší samostatnosti klientů?

5.6 Etické aspekty a rizika výzkumu

Každý prováděný výzkum by měl splňovat určité etické zásady. Jejich nenaplnění přináší rizika. Vždy by měl být kladen zřetel na dodržení zásad dobrovolnosti a neškodnosti, poučeního (informovaného) souhlasu, anonymity a důvěrnosti, odhalení i nepříjemných zjištění během výzkumu (Hendl, 2017). Aby byly dodrženy tyto zásady, byli všichni informanti seznámeni s účelem a způsobem využití informací získaných při rozhovorech. Každému byl zároveň předán formulář se základním poučením o sběru dat, který byl potvrzen podpisem informanta. Vzor informovaného souhlasu je uveden v příloze práce. Veškeré nahrávky rozhovorů a jejich přepisy byly uloženy v heslem zabezpečené složce, ke které měl přístup pouze výzkumník. Anonymita byla zajištěna záměnou jmen informantů kódy. Anonymizovány byly také veškeré informace, které by mohly vést k identifikaci informanta. Jedná se například o názvy měst a obcí, spolupracujících institucí apod.

V průběhu rozhovoru byly identifikovány oblasti, které by mohly ovlivnit validitu získaných informací. Některé informantky projevovaly nervozitu z nahrávání rozhovoru. Byly nejisté v obsahu a způsobu sdělování informací. Proto byly i opakovaně ujišťovány, že nahrávka nebude poskytnuta žádné třetí osobě, a že jde především o jejich vnímání situace, tudíž každá odpověď je správná a důležitá. Jedna z informantek v rozhovoru několikrát zopakovala obavu, zda odpověděla správně. Byla tedy průběžně ujišťována o přínosu svých odpovědí.

Při každém výzkumném šetření je také nutné reflektovat možnost ovlivnění získávaných dat výzkumníkem. V tomto případě byl kladen zřetel na pokládání otevřených otázek. Pokud byla reflektována návodná otázka, nebyla odpověď informanta na tuto otázku brána jako relevantní.

5.7 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo na předem domluveném místě. U pracovníků a pracovníc ambulantních služeb to byla především kancelář, která poskytovala dostatek prostoru a soukromí pro provedení rozhovoru. Pro pracovníky to byl nejhodnější způsob, protože nebyli nuceni nikam cestovat. Před započítím rozhovoru byli všichni informanti poučeni o způsobu

využití získaných dat a byl jim předán formulář informovaného souhlasu k podpisu. Dále byli seznámeni s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení, v tomto případě mobilní telefon.

Nejprve byli osloveni sociální pracovníci a pracovnice dané služby s vysvětlením záměru a žádostí o provedení rozhovoru. V případě souhlasu s rozhovorem byli dále požádáni o možnost zprostředkování rozhovoru s některým z pracovníků v sociálních službách dané organizace. Nabízena byla vzhledem k aktuální situaci forma nejen osobního setkání, ale také distanční forma online setkání. Žádný z pracovníků tuto distanční formu nevyužil. Všichni upřednostnili osobní formu setkání. To probíhalo vždy za dodržení protiepidemických nařízení v kanceláři organizace. Pokud to bylo možné, probíhal rozhovor mimo prostory navštěvovanými klienty.

V průběhu rozhovoru nedošlo k žádnému narušení. Probíhaly v klidném prostředí kanceláře, kde se pracovníci cítí bezpečně. Některé informantky projevovaly nervozitu z pořizování nahrávky. Byly proto více uklidňovány nejen v počátku rozhovoru, ale i v průběhu. Snaha byla také zaměřena na navázání uvolněné konverzace.

5.8 Zpracování získaných údajů

Nejprve byly získané rozhovory průběžně přepsány formou komentované transkripce, při které dochází k převodu mluvené řeči do textu s použitím výrazů pro neverbální projevy. Zachyceny byly například pomlky, usmání apod. (Hendl, 2017). Po přepisu rozhovorů bylo přistoupeno k průběžnému roztřídění textu s použitím otevřeného kódování. V textu byly vyhledány významové celky o délce slova, věty či odstavce, kterým byly přiřazeny kódy (Švaříček, Šed'ová, 2007).

6 Analýza a interpretace dat

Získaným kódům byly přiřazovány kategorie, pomocí níž bylo možné data dále interpretovat. Každá kategorie zahrnuje množství kódů, které tematicky zapadají a tvoří odpověď na dílčí výzkumný cíl. Hlavní výzkumná otázka bude zodpovězena pomocí níže zpracovaných dílčích výzkumných cílů.

6.1 Analýza a interpretace DVC 1

DVC 1: Zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu sociálních pracovníků.

Na základě otevřeného kódování jsem získala následující významové kategorie, které jsou řazeny dle míry sycení kódy:

- **obohacení života**
- **zvýšení sebevědomí**
- **důležitost nastavení služby**
- **omezené možnosti služby**
- **nízká motivace k využívání služby**

Ambulantní sociální služby pro osoby s mentálním handicapem **obohacují život** klientů tím, že mají možnost navštěvovat nové bezpečné prostředí viz. I10 „*Klient, když je s tím rodičem v domácnosti...tak jako...něco mu musí chybět.*“, I5 „*Spousta z nich je s rodinou a mezi vrstevníky se nedostanou.*“ Navazují nové vztahy a přátelství I9 „*Aby měli prostor, kde se budou cítit bezpečně, kam můžou zajít, a aby měli další lidi kolem sebe, se kterými jim bude dobře.*“, získají strukturu a řád dne. Díky tomu se jejich život stává bohatším, smysluplnějším a kvalitnějším, jak popisuje I11 „*No tak já to hodně přirovnávám k nezaměstnanosti. Když je člověk nezaměstnaný, tak ztrácí spoustu návyků a ztrácí dojem, že je potřebnej pro společnost. A ti naši klienti, kdyby nemohli navštěvovat naši službu, tak by tuhle možnost nedostali.*“

Díky ambulantním službám se učí novým dovednostem, a to jak praktickým, tak sociálním. Mezi praktickými byly identifikovány dovednosti z oblasti péče o sebe, péče o domácnost či pohyb v okolí I9 „*Může ho naučit nějaký dovednosti, který dosud neuměl...základní dovednosti v kuchyni může získat, může procvičovat uklízení...jsou to jako běžný činnosti. Nebo se naučí přecházet tu silnici, aby mohl chodit samostatně do služby...každá tahle drobnost ho posouvá.*“ V oblasti sociálních dovedností bylo nalezeno například zlepšení komunikace, zlepšení navazování kontaktů či učení fungování v kolektivu I9 „*získá zkušenosti ve fungování ve*

skupině“, I11 „*fungování ve skupině, schopnost komunikace, prosazování sama sebe...*“. V důsledku dochází ke **zvyšování sebevědomí klienta** a tím i jeho samostatnosti.

Služba má také pozitivní **význam pro pečující osoby**, kterým poskytuje úlevu v péči I5 „*A zároveň to pomáhá taky těm rodinám, že jim někdo vlastně pomůže s tou péčí o ně. Že můžou třeba začít chodit do práce nebo si odpočinout. Doma si udělají spoustu věcí, který by s tím klientem prostě normálně neudělali.*“

Role sociálních pracovníků ve zvyšování samostatnosti klienta je především v **nastavení poskytované služby**, kdy provádějí sociální šetření, mapují aktuální situaci, potřeby a přání zájemce či klienta I9 „*Tak jako sociální pracovník vlastně při jednání se zájemcem zjišťujeme nepříznivou sociální situaci klienta a v rámci toho s ním pak sestavujeme individuální plán, který on si v té službě plní.*“ Na základě zjištěného nastavují cíle spolupráce a individuální plán klienta I5 „*Zjišťuju nějaký jeho počáteční potřeby a jeho cíle. To, co by se on chtěl naučit, co on považuje za důležité. Celkově se podílím na tom procesu tady. Možná v rámci individuálního plánování, kdy zjišťujeme konkrétní cíle.*“ Polovina sociálních pracovníků nevidí svou roli v týmu jako specifickou pro zvyšování samostatnosti klienta. Na přímé práci se dle nich podílí všichni pracovníci přímé péče stejnou měrou. Individuální plán s klientem vypracovává klíčový pracovník, který je z řad sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách I3 „*Nevnímám svou roli jako nijak specifickou. Nenapadá mě nic konkrétního. Role je podobná jako u ostatních asistentů.*“

Klienti mohou být omezováni ve využívání služby **ze strany služby**, a to například její kapacitou. Často dochází klienti pouze v některé dny v týdnu I5 „*Máme maximální denní kapacitu 15 klientů a klientů máme 30, takže se tady různě prostrídávají.*“ Kapacita je ovlivněna také počtem zaměstnanců. Docházení může negativně ovlivňovat zdravotní omezení klienta, a to hlavně ve chvíli, kdy budova není bezbariérová či jsou její prostory značně limitované I3 „*Nějaká negace je tady z hlediska té budovy, že není bezbariérová. To schodiště tady je. Máme kapacitu třeba v rámci oběda maximálně 8 až 9 lidí se sem vejde. A víc se jich tam nevejde...Je to malej prostor.*“ Pro některé klienty vytváří překážku pro docházení špatná dopravní dostupnost. Z některých lokalit není zajištěno dostatečné dopravní spojení či cesta trvá velice dlouho. Klient je poté unavený a hůře se zapojuje do aktivit.

Překážku dle výpovědí informantek tvoří i **nízká motivace klienta či rodiny** k docházení. Ze strany klienta či rodiny není identifikována potřeba službu navštěvovat I5 „*Občas je to rodina, která nechce.*“, I10 „*Ze strany opatrovníků, že jako si ho chtějí spíš nechat doma. Že prostě finance a tak. Služba je placená. Pak nám řeknou, že on sem stejně nechce chodit a nejlepší mu*

je doma třeba s babičkou. Přitom ten klient, když sem chodí, tak je úplně v pohodě. Konkrétně teď se s tím potýkám. Chtějí úplně zrušit službu s tím, že on sem nerad chodí. Přitom to není přání toho klienta.“ Využívání služby je v některých případech hrazené klientem. To také negativně ovlivňuje motivaci opatrovníků službu klientovi platit I10 „*Asi spíš po té finanční stránce, že ty opatrovníci si myslí, že je to drahý, a že to zajistí tomu klientovi v domácím prostředí. Pak zůstává izolovaný, pak ten opatrovník už taky nezvládá se o něj postarat, a pak hledají řešení.“* Důsledky nevyužívání služby z důvodu nutné úhrady popisuje pro celou rodinu jako nedozírné a přinášející spoustu dílčích potíží v budoucnu.

Shrnutí DVC1

Docházení do ambulantní sociální služby má pro osoby s mentálním handicapem význam z hlediska **obohacení života**. Mají možnost navštívit jiné bezpečné prostředí. Opustit rodinný prostor a navazovat nové vztahy a přátelství. Život se stává komplexnější, barevnější. Služba jim zprostředkovává nové zkušenosti s různými činnostmi, které by si jinak nevyzkoušeli. Některé služby umožňují zažívat běžné situace při návštěvách veřejných míst jako kavárny, kina, divadla, obchody a další. V rámci služby mohou pořádat výlety či zájezdy, jejichž zajištění nemusí být v silách pečujících.

Využívání ambulantních služeb také pomáhá ve **zvyšování sebevědomí** osob s mentálním handicapem. Dochází k tomu díky možnosti naučit se nové dovednosti. Služba vytváří prostor pro trénink činnosti a vhodné prostředí pro zlepšování sociálních dovedností. Klienti zlepšují svou samostatnost, zlepšují si schopnost navazovat nové vztahy a kontakty, zlepšují se jejich komunikační schopnosti. Vše výše zmíněné má pozitivní význam pro život klienta mimo působení služby. Tyto schopnosti, dovednosti i nabyté sebevědomí mohou využít v dalších oblastech života a dalšímu zvyšování samostatnosti.

Vhodné **nastavení služby** přispívá ke správnému vytyčení cíle a zajištění posunu klienta v jeho schopnostech. Dobře nastavená spolupráce od úplného počátku je klíčová. Toto je jedním z hlavních úkolů sociálních pracovníků. Sociální pracovníci také zastávají důležitou roli v individuálním plánování s klientem, tedy v celém procesu poskytování sociální služby. Někteří pracovníci však nevnímají svou roli odlišně od role pracovníka v sociálních službách. Dle nich se všichni podílejí na poskytování služby stejnou měrou a pracují s klienty na stejném principu. Roli ve zvyšování samostatnosti klientů vnímají stejně jako u jiných pracovníků.

Ne vždy je všem lidem s mentálním handicapem umožněno využívat služby bez omezení. Na **straně služby** samotné může jít hned o několik překážek. Jde o omezenou kapacitu služby

z důvodu omezení prostoru (například velikosti budovy), bariérovosti prostor nebo také malého počtu pracovníků. Klienti tak často nedocházejí denně, ale pouze v některé dny či na danou část dne tak, aby se všichni klienti služby mohli pravidelně zapojit do činností ve službě. Překážku tvoří špatná dopravní dostupnost z některých obcí ke službě. V rozhovorech byl identifikován také soubor překážek ze strany klienta a rodiny. Může jimi být **nedostatečná motivace** k docházení či zdravotní omezení. Zde figuruje nízká motivace ze strany rodiny, kdy na straně pečujících nevzniká potřeba k docházení.

6.2 Analýza a interpretace DVC 2

DVC 2: Zjistit, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle sociálních pracovníků.

Na základě otevřeného kódování jsem získala následující významové kategorie:

- **trénink s podporou**
- **práce s různou mírou rizika**
- **zásada dobrovolnosti**
- **zajištění kontinuity práce**
- **nácvik péče o domácnost**
- **rozvoj pracovních návyků**
- **ochranitelský přístup pečujících**

Nejčastěji se dostává klientům podpory v rozvoji samostatnosti prostřednictvím **trénování** samostatného zvládnání činností s podporou pracovníka I10 *„Ten pracovník mu s něčím pomáhá. Buď je to slovní dopomoc nebo to je prostě fyzicky mu pomáhá s tím oblékáním třeba“* I5 *„Jednak zmiňovala jsem třeba to vaření. Zkusí si přípravu nějakýho konkrétního jídla s tím terapeutem.“* Podpora se s narůstajícími schopnostmi klienta snižuje. Nácvik každé dovednosti je přizpůsoben individuálním schopnostem daného klienta. Každý klient může mít své limity, které je nutné zohledňovat při nácviku samostatného vykonávání činností. Dle toho je mu poskytnuta potřebná míra péče a ponechána potřebná míra samostatnosti tam, kde to klient zvládne a nepodstupuje tak nepřiměřené riziko. Jak popisuje I9 *„Co klient zvládne sám, to zvládne sám, to se snažíme udržet. A ty potřeby, který si nezvládne sám, tak at' se týká hygieny,...tak k tomu má dopomoc.“*

Vyhodnocování přiměřeného rizika je základním kamenem při práci s lidmi s mentálním handicapem. Pracovníci podporují klienty ve zvládnání běžných a rizikových situací tím, že je informují pomocí rozhovorů I11 *„Ale spíš je to v rámci dennodenních rozhovorů...“*, školících

bloků či přednášek I10 „*My máme takový sociální učení, kde prostě ty běžný situace si vysvětlujeme. Třeba chování na veřejnosti, chování v kavárně, na zastávkách, v autobuse.*“ Nejvíce podporují klienty ve zvládnání prostřednictvím praktického tréninku I10 „*A pak ty klienti taky tyhle instituce navštěvují, takže tam si pak to chování zkoušejí. Jak si mají objednat, zaplatit a tak. Takže tak je podporujeme.*“ Uvádějí, že situacím se nedá vyhnout, ale je nutné s nimi pracovat I11 „*Ale od těch situací je nemůžeme uchránit naplno, jelikož jsme ambulantní služba, tráví tady pouze několik hodin denně...*“ Cestou je správné **vyhodnocení míry rizika** nebo dostatečným mapováním rizik. K tomu jsou využívány různé metodické nástroje I3 „*Když nastupují, tak zjišťujeme, jestli mají nějaký alergie třeba...nebo jestli nějaký stav, který vyžaduje větší pozornost...máme na to udělaný krizový plán.*“ Například jde o krizové plány, mapování potřeb či tvorbu metodik, které upravují postup v konkrétních situacích I5 „*To mapování potřeb je o tom. Máme tam jednotlivý oblasti rozdělený a vypisujeme tam veškerý ty situace. Na základě toho se sestaví krizový plán.*“ I10 „*Rizikový situace...metodiky. Postupy pracovníků, stejný postup a tak. Nastane riziková situace, musíme si to rozebrat na metodické poradě, musíme vytvořit postup, podle kterého postupují všichni stejně...*“

Klienti jsou ze strany služby podporováni také v samostatném rozhodování. Dodržována je **zásada dobrovolnosti**. Klienti mohou rozhodovat o činnostech, kterým se budou v rámci docházky do služby věnovat. Pracovníci však popisují, že musí často zohledňovat skupinové aktivity a nemohou vždy zajistit, aby si každý mohl vybrat činnost bez omezení I11 „*Snažíme se, aby se mohli rozhodovat, ale všechno je podmíněno tím, že fungujeme ve skupině...*“ Pokud to nelze, snaží se najít cestu a navrhnout jiné alternativy I12 „*Snažíme se, aby v tom, v čem můžou, si mohli rozhodovat sami. Dá se jim na výběr, můžou jít na vycházku, můžou zůstat, hrát fotbal, jít na ryby...Můžou se rozhodnout s kým teda chtějí a co chtějí dělat.*“ Zásadní pro dodržení dobrovolnosti, je jednat s klienty bez vytváření nátlaku, pouze za užití pozitivní motivace k činnosti a docházce I10 „*Tak jako ho zbytečně netlačíme, abychom u něj nevytvořili nějakou paniku. To chce postupně.*“ V momentě, kdy se klientovo rozhodování týká závažnějšího tématu, pracovníci s ním o tom hovoří, poskytují veškeré relevantní informace, ukazují jiné perspektivy, možné scénáře vývoje a poskytují zpětnou vazbu I11 „*Snažíme se nastavit zrcadlo, aby to klient viděl nejenom ze svého pohledu...Postě si jenom tu situace snažíme popsat, analyzovat a rozebrat.*“

Pro **zajištění návaznosti** poskytované služby jsou důležité individuální plány. Nejen pro nově přichozí pracovníky jsou důležitým informačním zdrojem. Díky individuálnímu plánování je zajištěna kontinuita v trénovaných činnostech I3 „*Ale o tom osobním cíli víme všichni.*“

Abychom věděli, na co konkrétního se soustředit. Nebo že konkrétní věc mu nemáme dávat, protože on si to nepřije apod.“ I10 „...ona je to taková opora.“ I9 „Bez toho plánování by to bylo jako školka v podstatě. Každý by si tady dělal, co chtěl.“

Mezi trénované činnosti v rámci rozvoje v oblasti bydlení patří nejčastěji **nácvik péče o domácnost** jako úklid, péče o prádlo, nakupování, příprava stravy apod. I5 „*Takový ten nácvik úklidu...třídíme odpad, vynášejí odpadky.*“ I9 „...*aby se trénovaly nějaký ty domácí práce, aby zvládali, aby se nebáli, třeba žehlení a takový věci.*“ Pokud jde o hledání bydlení, služba může pomoci, nejčastěji se však obrací na návaznou službu, která se touto problematikou přímo zabývá I10 „*Já myslím, že nějaký shánění bydlení, to se týká jiný služby než nás.*“ V oblasti pracovního uplatnění se podpora ze strany služby soustřeďuje na **získání pracovních návyků** jako je získání trpělivosti, upevnění docházky, zlepšení zručnosti nebo zprostředkování zkušenosti či praxe I5 „*Snažíme se podporovat zručnost manuální. Snažíme se ty návyky naučit. Pokud je ta služba od 8 hodin, má přijít v 8 hodin. Pokud ví, že nedorazí,...že by se měl omluvit.*“ Popřípadě mohou také klienta navázat na vhodnou službu, která se zprostředkováním zaměstnání přímo zabývá I11 „*Začali jsme na konci minulého roku spolupracovat s organizací Rytmus, která se zabývá podporou zaměstnávání lidí s mentálním handicapem.*“

Výše jsou interpretovány způsoby, kterými služba podporuje rozvoj samostatnosti. Jsou jim však do cesty kladeny různé překážky. Identifikovány byly překážky ze strany rodiny, kdy informantky nejčastěji hovořily o **ochranitelském přístupu** a obavách pečujících. To posléze brání klientům ve zvyšování samostatnosti I12 „...*ale když to dítě bylo v rodině, že bylo poměrně ochraňovaný, a že prostě nemělo možnost se to naučit.*“ I5 „*On je relativně schopný, ale ta maminka v něm pořád vidí to malý dítě a má o něj strach.*“ I10 „*Překážky...to jsou ti opatrovníci...Jak o ně pečují nebo někdy i přepečovávají a starají se o ně jako o malý děti,...že když chceme, aby ten klient třeba dojížděl samostatně, naučil se jezdit autobusem, tak oni mají strach, že se mu něco stane.*“

Shrnutí DVC 2

Podpory samostatnosti se klientům ze strany služby dostává značné množství. Zřejmě nejdůležitější je již to, že služba má prostor s klientem danou činnost nacvičovat opakovaně a dlouhodobě. Získává příležitost si činnost **zkoušet s oporou** pracovníka, jak dlouho je to nutné. Tam, kde je to potřeba, také klient získává potřebnou péči. Pokud není v jeho silách vykonávat určitou činnost zcela bez pomoci, využije pomoci pracovníka. Jedním z nejtěžších úkolů pracovníka je v tuto chvíli dobře **vyhodnotit podstupovanou míru rizika**. Podstupovat

přiměřené riziko při učení nových dovedností by mělo být klientovi umožněno. Zároveň by neměl být tlačěn do činností, které pro něj znamenají vyšší míru rizika.

Jak informantky popsaly, základním principem poskytované služby je zachování **dobrovolnosti**. Klienti nejsou do žádné činnosti nuceni či tlačeni. Pracovnice se snaží o pozitivní motivaci k činnostem. Nátlakem by také mohlo dojít k vyvolání agresivní odezvy. Klient si určuje náplň práce ve službě včetně tvorby cílů v rámci individuálního plánování.

Jako největší přínos individuálního plánování bylo identifikováno **zajištění kontinuity** poskytované služby. Individuální plán je pro kolektiv pracovníků určitou oporou a zajišťuje, že bude dosaženo stanovených cílů docházky. Každý člen týmu tak zná cíle daného klienta a díky tomu i směr, kterým se při poskytování služby vydat. I pro klienta znamená individuální plán určitou oporu. Ví, co a z jakého důvodu dělá, zpětně vidí své pokroky.

S osamostatněním souvisí oblast bydlení a zaměstnávání. Služba klienty podporuje v rozvoji samostatnosti především prostřednictvím **nácviku péče o domácnost**. To zahrnuje praktický trénink úklidu, péče o prádlo od roztřídění, používání pračky po věšení prádla či žehlení. Podporují klienta v činnostech jako nakupování, uložení a zpracování nakoupených surovin, přípravu stravy, vaření, péči o kuchyň. V rámci nakupování klienti mohou zacházet s finanční částkou určenou na nákup, kontrolují vrácené mince apod. Co se týká pracovního uplatnění, podporuje služba klienta v **získání pracovních návyků**. Klienti jsou vedeni k dodržování pravidelné docházky, učí se omluvit svou nepřítomnost nebo trpělivost ve zvolené činnosti. Jsou motivováni k setrvání u konkrétního úkolu po určený čas. Služba cílí také na zlepšování zručnosti.

I přes všechny pozitivní oblasti podpory samostatnosti ze strany služby jsou klientům kladeny překážky v rozvíjení samostatnosti. Nejčastěji informantky hovořily o **ochranitelském přístupu** pečujících osob. Z důvodu obav zabraňují předávat vyšší míru zodpovědnosti za svůj život a rozhodnutí na své opatrovance či rodinné příslušníky. Tím jim však znesnadňují budoucí situaci, kdy pečujícím docházejí síly, sami začínají potřebovat určitou míru péče z okolí a péče o rodinného příslušníka s handicapem musí být přesunuta jinam. Často je to pro člověka velká a náročná změna, která by za jiných okolností mohla být pozvolnější a snazší.

6.3 Analýza a interpretace DVC 3

DVC 3: Zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost má daná ambulantní sociální služba z pohledu pracovníků v sociálních službách.

Při zpracování získaných dat byly identifikovány následující kategorie:

- **zažívání běžných situací**
- **rozvoj**
- **navázání kontaktů**
- **role pracovníků v sociálních službách**
- **malá podpora rodiny**
- **nemotivovanost klienta**

Ambulantní sociální služba má dle informantek vysoký vliv na život klienta. Díky docházení mu umožňuje **zažívat situace běžného života** I8 „*Někdo dochází do práce, tak oni docházejí vlastně sem.*“ Získají příležitost zkoušet nové věci I1 „*Že dokáží rozbít vajíčko, oškrábat brambory, protože k tomu dřív neměli ani příležitost.*“, zažívat nové situace I6 „*Protože kdyby zůstávali v rodině, tak tam je to víceméně jednostranný. Tím, že chodí do služby, tak ta škála činností, co dělají, je velká...*“

Získání příležitosti **rozvíjí** jejich potenciál I6 „*...soustřeďuju se na ten potenciál pracovní, co jsou schopný, v čem jsou dobří, co zvládají, tak to rozvinout*“, posiluje silné stránky a tím zvyšuje jejich soběstačnost a fungování v životě I4 „*...učíme lidi žít normálně. Co je normální? Běžně. Musíme jim ukázat, že všechno není zadarmo, a že ke všemu se musí nějakým způsobem dojit.*“ Cílem služeb je klienta posouvat v jeho schopnostech a dovednostech I7 „*No někam ty klienty posunout, aby měli v rámci možností ten život lepší.*“, umožnit mu seberealizovat se.

Součástí rozvoje schopností je také rozvoj sociálních dovedností. Ty zlepšují díky tomu, že se ve službě **navazují nové kontakty**, potkávají se s dalšími lidmi z řad klientů, pracovníků i veřejnosti I2 „*...setkávání s ostatními klienty, setkávání s pracovníky. Prostě ten sociální aspekt. Myslím, že ten je velice značný a přínosný. Nejsou uzavřeny.*“ Učí se pracovat v kolektivu I7 „*Musí se učit i vycházet s druhýma...*“, zlepšují komunikační schopnosti a navazují nové vztahy, které jsou klíčové k prožívání plnohodnotného života.

Na rozvoj samostatnosti klientů má vysoký vliv **role pracovníků v sociálních službách**, jelikož ti často s klienty tráví v rámci služby největší množství času. Všechny informantky popsaly jako svou hlavní roli při zvyšování samostatnosti klientů přímé učení konkrétních dovedností, konkrétních kroků I1 „*...pracovník dělá konkrétní kroky, komunikuje s klientem,*

ukazuje mu to, dává mu podporu, případně mu ukazuje i práci s chybou.“, I7 „Ten pracovník je v těch dílnách s nima nejvíc...jako nějaký průvodce v tom osamostatňování.“

Využívání ambulantní sociální služby je pro osoby s mentálním handicapem přínosem. Ne vždy je možná pravidelná docházka a nácvik činností. Dle informantek často **nejsou klienti dostatečně motivováni** k docházení do služby I7 *„A někdy samotnej člověk sem chodí a třeba nechce. Chodí sem, že musí. Pokud nechce, tak s nim nezvládnete nic.“, I8 „Jsou většinou klienti, který prostě nevstanou, nechce se jim.“* Dle informantek také v některých případech není dostatečná podpora ze strany rodiny I8 *„Spíš tam je to asi o rodičích.“* I7 *„No někdy rodinu“.* Jako příčinu uvádí I1 nutnost úhrady či to, že necítí potřebu službu využívat *„Finanční, že když mají příspěvek, ne všichni jsou ochotní službu zaplatit. Někteří to třeba pokud funguje rodina a nabídne jim dost aktivit nebo tak to až tak nepotřebují nebo nemají až tak potřebu zjistit, jestli to potřebují.“*

Shrnutí DVC 3

Dle pracovníků v sociálních službách má ambulantní sociální služba významný vliv na život a samostatnost klienta. Hlavním důvodem je možnost díky **službě zažívat běžné životní situace**, které by jim nemuseli být zprostředkovány, pokud by byli pouze v domácím prostředí. Služba také zajišťuje velkou rozmanitost navazovaných vztahů a **sociálních kontaktů** jak v rámci služby samotné, tak také v komunitě. Setkávat se mohou s pracovníky služby, dalšími klienty či veřejností. Učí se fungovat ve větší skupině, získávají přátele, rozšiřují si obzory.

Docházení do ambulantní služby pomáhá klientům **rozvíjet** jejich potenciál, dovednosti a schopnosti. Snaží se je posouvat dál, motivovat a vytvářet nové možnosti rozvoje. Největší **přínos pracovníků v sociálních službách** je především v přímé práci s klienty. Přímě se podílí na naplňování cílů docházky, učí klienta konkrétním dovednostem, činnost mu vysvětlují, ukazují, jsou mu oporou a rádcem. S klienty často tráví největší množství času, komunikují s nimi o všem, co je zajímá, baví nebo tíží.

Ne vždy jsou však klienti dostatečně motivováni k docházení do služby. **Nízká motivace klienta** je jednou z hlavních identifikovaných překážek k využívání ambulantní služby. Informantky také často uváděly **malou podporu rodiny** v docházce člena s handicapem. Rodina nepocítuje potřebu využívat službu, popřípadě je pro ně překážkou nutnost úhrady za využívání služby. Avšak umožněním využívání služby a v souvislosti s tím včasným rozvíjením samostatnosti v činnostech i ve vztazích by si situaci do budoucna usnadnili.

6.4 Analýza a interpretace DVC 4

DVC 4: Zjistit, jaké podpory pro rozvoj samostatnosti se dostává klientům v rámci ambulantní sociální služby dle pracovníků v sociálních službách.

Na základě analýzy získaných dat byly nalezeny následující kategorie:

- **získání zkušenosti**
- **navázání na jiné služby**
- **podpora informovaného rozhodování**
- **podpora vyjádření potřeb a přání**
- **prevence v rizikových situacích**
- **přemíra péče rodiny**

Dle pracovníků v sociálních službách se dostává klientům ambulantní služby podpory v rozvoji samostatnosti hlavně tím, že zde **získávají zkušenosti**. Pracovníci jim poskytnou prostor pro zkoušení činnosti, mají pro ně čas. Získají prožitek toho, co všechno dané činnosti obnášejí od začátku až do konce I6 *„Dále samostatnost v dílnách. Já osobně je učím a oni vědí, kde je materiál a nářadí a dojdou si. Někteří klienti, když už přijdou do dílny, tak si to už připraví sami. Napustí vodu a připraví si to nářadí.“*

Ne všechny oblasti rozvoje samostatnosti jsou schopni zajistit pouze ambulantní služby. Často se obracejí na jinou **návaznou službu** zabývající se konkrétní činnosti. Nejčastěji jde o téma hledání bydlení či pracovního uplatnění I7 *„V bydlení spíš pomáhá rehabilitace...To my většinou moc ne.“*, I2 *„Ale vyloženě tadyten úkon zajišťuje z největší části podpora samostatného bydlení a my je spíš podporujeme v druhé stránce, že jim rozvíjíme ty dovednosti domácích prací.“* Informantka číslo 2 vystihuje popisovanou situaci právě tak, že přímo se zajištěním pracovního uplatnění pomáhá jiná návazná služba, avšak služba ambulantní se zaměřuje na rozvoj konkrétních dovedností důležitých pro získání pracovního uplatnění či zvýšení samostatnosti v bydlení. Při zavedení rozhovorů na zkušenosti s pracovním uplatněním klientů v minulosti hovořily informantky o tom, že klienti často nezvládají nastavené pracovní tempo a požadavky i přesto, že se jedná o práci na chráněném trhu I8 *„...protože to mají pro ty lidi s nějakým handicapem, tak není to nic náročného. Ale to prostě on si nedokázal spojit v tý hlavně a přebrat tak, aby to prostě dělal.“*

Ambulantní služby se snaží klienty co nejvíce podporovat v samostatném rozhodování. Pracovnice popisovaly nejčastěji podporu tak, že se snaží zajistit co největší množství informací k tématu, aby se mohli **informovaně rozhodnout**. O tématu hovoří, předávají zkušenost svou

či z okolí, nabízejí různé možnosti řešení. Výše zmíněné popisuje například I1 „*Určitě je podporujeme v informovaném rozhodování, aby si uvědomovali možnosti, výhody, nevýhody, zodpovědnost. Samozřejmě se jim v tom snažíme být oporou...případně najít něco, kde si to mohou vyzkoušet, zažít si to.*“ V rámci ambulantní služby si klienti nejčastěji mohou vybrat činnost, které se budou věnovat. Dle informantek se služby snaží nabídnout co nejpestřejší škálu aktivit a činností. I6 popisuje variabilitu činností a snahu o individuální přístup „*Místo nějaký činnosti chce třeba číst pro ostatní... ostatní pracujou a ten jeden klient jim prostě čte. Má taky činnost. Nejsou to jenom pracovní činnosti, ale jsou to i společenské.*“

Aby bylo možné zajistit ke každému klientovi individuální přístup, potřebují pracovníci a pracovnice znát jeho potřeby a přání. Informantky identifikovaly jako důležitý nástroj pro **vyjádření potřeb a přání** klienta individuální plán. Vytváření individuálního plánu je příležitost k hovoru o přáních/potřebách a domluvě na jejich naplnění I2 „*Je to zase jednak o tom, že člověk s tím klientem naváže nějaký vztah, že se tak může dozvědět spoustu věcí, spoustu potřeb. A pak jde o to podchytit určitou potřebu nebo nakonec i to přání.*“ Pro informantky je tvorba individuálního plánu náročná I8 „*Kolikrát je to takový složitý, ale zase je dobrý, že člověk pak ví, co oni se chtějí naučit.*“ Náročnost hodnotí ve vazbě na schopnosti jednotlivých klientů vyjádřit svá přání a cíle I7 „*U některých to jde, někteří prostě nic nechťej, tam je to špatný.*“

Důležitou součástí práce v ambulantních službách pro osoby s mentálním handicapem je balancování mezi zajištěním bezpečnosti a možností podstupovat určitou míru rizika. Pro pracovnice je důležitá **prevence rizikových situací** například skrze komunikaci a trénink zvládání běžných situací I1 „*O takových situacích si můžeme povídat, představit si je, případně si je natrénovat. Pak třeba jít společně ve skupině, se zázemím, s podporou skupiny a pracovníků.*“ Návčik následně probíhá individuálně dle schopností konkrétního klienta I4 „*Zkusím najít cestu, šlo by to takhle. Nebo vyzkoušej tohle, třeba ti to bude vyhovovat. Když ne, najdeme něco jiného. Je to jenom o tom tréninku.*“

Ambulantní služby podporují klienty ve zvyšování samostatnosti v mnoha ohledech. Informantky identifikovaly také nejčastější překážky v dosahování samostatnosti. Ty spatřují především v roli pečujících osob, které poskytují **příliš mnoho péče**, čímž nemohou klientům zajistit dostatečné množství příležitostí k návčiku dovedností, ochraňují člověka s handicapem apod. I6 „*Někdy já to vnímám i třeba v těch rodinách. Kdyby třeba někteří bydleli v chráněném bydlení, že tam by se s nima dalo pracovat jinak než v těch rodinách.*“ I8 „*Že oni jsou zvyklý, že kolem nich rodiče skáčou...A to si myslím, že je špatně. Že by měli prostě se naučit dělat ty věci sami.*“

Shrnutí DVC 4

Klientům ambulantních sociálních služeb se dostává podpory v rozvoji samostatnosti umožněním **zkoušet si různé činnosti**, trénovat je s podporou pracovníků a pracovníc. Ty jim se zvládnutím pomáhají přímo či pouze radou, dohlédnutím z vpovzdálí. Vytvářejí tak v rámci služby dostatečný prostor pro nácvik a bezpečné prostředí. Na klienty nepospíchají, netlačí na ně. Nácvik může mít dlouhodobý charakter. Klienti se k činnosti, kterou si přejí zvládnout sami, mohou vracet opakovaně a dlouhodobě. Časový rozsah je přizpůsoben každému individuálně.

V některých oblastech rozvoje je poté nutné navázat klienta na **jinou návaznou službu**, protože nespadá do kompetencí ambulantních služeb. Pokud by se klienti chtěli více rozvíjet v samostatném bydlení nebo by si přáli najít zaměstnání, mohou je pracovníci odkázat na službu, která tuto problematiku řeší. Zajistí jim tak odborný přístup. Sami se pak věnují zlepšení dovedností, které klienti budou potřebovat. Jde například o zlepšení pracovních návyků či nácvik péče o domácnost.

V rámci využívání služby si klienti mohou **rozhodnout o činnostech**, kterým se chtějí věnovat. Základním požadavkem je **znát klientova přání a potřeby**. Pracovníci k tomu využívají nástroj individuálního plánování. Díky němu je vytvářena příležitost komunikace s klientem o jeho situaci, potřebách, přáních. Z těch poté pracovníce vycházejí při stanovení cíle docházky.

Klienti nejsou podporováni pouze v rozhodování o výběru činnosti v rámci služby. Pracovnice s nimi hovoří o všem, co je tíží, zajímá, o čem se rozhodují. Snaží se jim zprostředkovat veškeré relevantní **informace k tématu** včetně zkušenosti své či jiných lidí. Vytvářejí možné scénáře vývoje situace tak, aby jejich rozhodnutí bylo na základě veškerých potřebných informací.

Pracovnice se snaží podpořit klienty v samostatném rozhodování. Musí však vždy citlivě vyhodnotit míru **rizika** v dané situaci. V případě, že by klientovo rozhodnutí znamenalo podstoupit nepřiměřené riziko, musí umět na situaci reagovat. Ve zvládnání situací podporují klienty rozhovorem, informováním nebo také i tréninkem konkrétní situace. Tím, že klient samostatně zvládne potenciálně rizikovou situaci, se podstupované riziko snižuje.

Informantky v souvislosti s tím uváděly, že překážku ve zvládnání běžných situací klienty představují pečující osoby právě tím, že klienti nedostanou dostatečný prostor pro zažívání běžných situací. Nemusí jim být umožněno ani podstupování přiměřené míry rizika. **Pečující** osoby vykonávají velké množství úkonů za ně a tím snižují jejich samostatnost. V budoucnu tento přístup ztěžuje řešení situace, kdy pečujícím osobám docházejí síly v poskytování péče.

7 Závěr výzkumného šetření, diskuse a doporučení do praxe

Hlavním cílem práce je popsat, **jakou roli zastávají ambulantní sociální služby v životě osob s lehkým mentálním handicapem s ohledem na podporu a rozvoj jejich samostatnosti z pohledu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách**. Cílem výzkumné části práce bylo naplnit hlavní cíl skrze hlavní výzkumnou otázku, kterou je zjistit, jakou roli zastávají ambulantní sociální služby v rozvoji a podpoře samostatnosti osob s lehkým mentálním handicapem. Ta byla rozdělena na čtyři dílčí výzkumné cíle, které mají za cíl zjistit, jaký význam pro klienta a jeho samostatnost mají ambulantní sociální služby či jaké podpory v rozvoji samostatnosti se klientům ze stran sociální služby dostává.

Roli ambulantních sociálních služeb je možné popsat jako roli zprostředkovatele zkušeností se zažíváním běžných situací a vyzkoušením různorodých činností. Díky možnosti zažít určité situace a učit se nové věci dochází k obohacení života osob s lehkým mentálním handicapem a zvyšování sebevědomí. Získané sebevědomí v naučených činnostech jim dále pomáhá rozvíjet další oblasti života a pouštět se do učení dalších dovedností. Ambulantní služby jim také zprostředkovávají možnost sociálních interakcí. Učí se fungovat v kolektivu, zlepšují komunikační dovednosti, navazují přátelství, která mohou přesahovat i do života mimo službu.

Role ambulantních sociálních služeb je naplňována díky sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách. Hlavním přínosem sociálních pracovníků v rozvoji samostatnosti je nastavení služby na míru klientovi. To probíhá od úplného začátku spolupráce se zájemcem a prolíná se celým procesem poskytování služby. Důležitým nástrojem pro nastavení služby individuálním potřebám klienta je individuální plán. Mezi jeho hlavní funkce patří zjišťování potřeb a přání klientů a zajištění kontinuity práce s klientem. Pracovníci v sociálních službách se do rozvoje samostatnosti zapojují především přímou prací, přímou podporou v nácviku, komunikací s klienty. Právě pracovníci v sociálních službách jsou často s klienty v intenzivním kontaktu.

Podpora rozvoje samostatnosti v oblasti bydlení a zaměstnání ze strany ambulantních služeb spočívá především v nácviku dovedností využitelných v těchto oblastech. Při hledání pracovního uplatnění či samostatnějšího bydlení se obrací na jinou návaznou sociální službu, která se přímo touto tematikou zabývá a má více zkušeností a možností.

Ambulantní služby též podporují klienty v samostatném rozhodování a podstupování přiměřeného rizika. Základním přístupem je zajistit možnost rozhodnout se o činnostech v

rámci služby. Pokud se jedná o situace a oblast rozhodování mimo působení dané služby, podporují je pracovníci a pracovnice formou rozhovorů o tématu, vzděláváním, výukovými bloky, tematickými přednáškami či zprostředkováním možnosti zažít si určité situace s podporou pracovníka a kolektivu. Učí se reagovat přímo v dané situaci a trénují různé scénáře. Tím, že je podporují ve zkoušení situací se v důsledku snižuje podstupované riziko.

Ve snahách o zvyšování samostatnosti klientů prostřednictvím poskytování služby jim stojí určité množství překážek. Ze strany služby je největší překážkou kapacita služby, kdy je například docházka klientů časově omezena. Překážkou ve využívání služby je také bariérovost budovy či její špatná dopravní dostupnost. Pro pečující osoby je častou překážkou také nutnost úhrady za využívání služby. Následně omezují využívání služby, službu nevnímají jako nutnou. Raději potřebnou péči vykonávají bez podpory ambulantní služby.

Pracovnice v souvislosti s tím uváděly, že v rodinách je klientům poskytována přemíra péče, nejsou motivováni v samostatném vykonávání činností a kvůli tomu mohou stagnovat. Pečující osoby také zastávají silný ochranný přístup, který znemožňuje klientům podstupovat přiměřenou míru rizika a rozvíjet svou autonomii. Výše zjištěné potvrzuje pohled Cimrmanové (2020), která hovoří o tom, že jsou lidé s mentálním handicapem stále zneschopňováni vlivem nadměrné péče. To v budoucnosti ztěžuje situaci, kdy pečující již nejsou schopni zajistit nastavenou míru péče a hledají jiné možnosti. Cimrmanová (2020) také hovoří o tom, že při včasném rozvoji samostatnosti osob s mentálním handicapem jsou vybaveni schopnostmi, dovednostmi, sociálními kontakty či pracovními návyky. Bylo zjištěno, že právě takovouto výbavu pro co nejsamostatnější život jim mohou ambulantní sociální služby nabídnout.

Z výzkumného šetření vyplývají možné oblasti, jejich zlepšení by napomohlo zpřístupnit služby klientům a maximalizovat jejich pozitivní dopad na samostatnost klientů:

- vyšší podpora a rozvoj role pracovníků v sociálních službách, kteří tráví s klienty významné množství času a jsou styčnými pracovníky poskytujícími podporu klientům
- prohloubení spolupráce s pečujícími osobami, které jsou klíčovými pro udržení a rozvoj schopností a dovedností klientů
- zaměření na oblast omezení svéprávnosti a edukace okolí o existujících alternativách

Z doporučení do praxe vyplývají také témata, která by bylo vhodné dále více zkoumat. Například téma omezení svéprávnosti osob s mentálním handicapem. Dle mého názoru by bylo vhodné jeho další zkoumání v souvislosti se zavedením nových alternativních podpůrných

způsobů. Lidé s mentálním handicapem jsou velice často omezováni na svéprávnosti v mnoha životních oblastech a tím je negativně ovlivňována jejich možnost samostatně rozhodovat o podobě vlastního života. V této práci bylo téma samostatnosti zkoumáno z pohledu pracovníků ambulantních služeb. Vhodné by bylo doplnit toto téma o pohled pečujících osob či samotných klientů. Díky tomu by mohly být rozkryty možné způsoby rozvoje samostatnosti.

Závěr

Role ambulantních služeb je popsána jako role zprostředkovatele. Služba umožňuje zažívat běžné životní situace, poskytuje dostatek prostoru pro nácvik dovedností, zajišťuje adekvátní, individuálně nastavenou míru podpory v činnostech. Život klientů se stává bohatším. Mohou zažívat nové věci, navazovat množství nových vztahů, budovat sebevědomí v činnostech, upevňovat pracovní návyky a tím se stávat samostatnější.

Roli ambulantních sociálních služeb se podařilo popsat díky zvolené kvalitativní výzkumné strategii. Zvolená technika polostrukturovaného rozhovoru zajistila komplexní pokrytí tematických celků, kterých bylo potřeba se dotknout. Zároveň se díky volnosti podařilo odkrýt či lépe popsat témata, pro která by nebyl prostor. Bylo možné se doptávat, jak byly některé sdělené informace myšleny. Pokud by toto nebylo zajištěno, získaná data by nebyla zcela vypovídající.

Ambulantní sociální služby usilují o maximalizaci samostatnosti klientů skrze zprostředkování zkušeností s různými situacemi a činnostmi. Vytvářejí prostor pro nácvik, který jim nemusí být v domácím prostředí z pochopitelných důvodů dopřán. Setkávají se se situací, kdy je klientovi mimo ambulantní službu poskytována vysoká míra podpory a péče. Klienti mohou být zvyklí, že problém za ně bude vždy vyřešen a nepřijímají dostatečnou zodpovědnost za svůj život. V převážné většině případů jsou omezeni na svéprávnosti a reálně tak ani za svůj život samostatně rozhodovat nemohou. Problém nastává ve chvíli, kdy pečující osoba není nadále schopna zajišťovat péči. Bohužel se tak člověk může setkávat s potřebou zvyšování samostatnosti až ve vysokém věku, kdy je tento úkol pro člověka i jeho okolí velice náročný. Včasným osamostatňováním a zvyšováním kompetencí by se této vypjaté situaci dalo předejít. Téma neformálních pečujících je v současné době silné a věnuje se mu mnoho autorů. Potřeba řešení této problematiky byla potvrzena zjištěnými informacemi.

Ambulantní sociální služby jsou velice důležitým činitelem, jehož absence může negativně ovlivňovat kvalitu života člověka s handicapem. Jsou také důležité pro řešení dalších problémů. Například při naplňování cílů transformace a deinstitucionalizace služeb jsou důležitou podpůrnou institucí. Pomáhají v začleňování do komunity, namísto odstříhnutí. Role ambulantních sociálních služeb ve zvyšování samostatnosti a autonomie osob s lehkým mentálním handicapem je nenahraditelná a má pozitivní dopad na kvalitu života.

Seznam použité literatury

- ADAMS, R. 2003. *Social Work and Empowerment*. 3. vydání, Palgrave Macmilan: ISBN 1-4039-0551-7.
- APOSS - Centrum denních služeb 2021. *APOSS - NAŠE SLUŽBY* [online]. [cit. 25.11.2021] Dostupné z: <https://www.aposs.cz/index.php/principal-notes/centrum-dennich-sluzeb>
- BAJER, P. 2015. *Moc ve vztahu sociálního pracovníka a klienta uplatněná z pohledu PCA*. Czech [online]. 15(5), 89-105 [cit. 2022-03-13]. ISSN 12136204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=112195894&scope=site>
- BICKOVÁ, L. 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- BEDNÁŘ, M. 2014. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. [2. vyd.]. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 104 s. ISBN 978-80-87623-10-7.
- Café Martin – tréninkové kavárny pro osoby s mentálním postižením. 2017. *Café Martin – tréninkové kavárny pro osoby s mentálním postižením* [online]. Copyright © [cit. 23.02.2022]. Dostupné z: <https://www.cafemartin.cz/>
- CIMRMANNOVÁ, T. 2020. *Stárnutí, paliativní péče a prožívání zármutku: u osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 141 s. ISBN 978-80-262-1575-2.
- ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. 2011. *Koordinovanost ucelené rehabilitace*. General Practitioner / Prakticky Lekar [online]. 91(11), 653-656 [cit. 2022-03-13]. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=70399354&scope=site>.
- ČERNÁ, M. 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7
- DH Liberec, o.p.s. 2021. *Sociální služby a zaměstnávání* [online]. [cit. 03.11.2021] Dostupné z: <http://www.domov-harcov.cz/>
- FEIKOVÁ, M. 2019. *Ambulantní sociální služby jako forma podpory rodin pečujících o dospělě jedince s mentálním postižením v domácím prostředí* [online]. Brno [cit. 2020-12-29]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/q5q6o/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Lucie Procházková.
- HOMMEROVÁ, D., BRUNCLÍKOVÁ K., DVOŘÁKOVÁ T., et al. 2020. *Efektivní řízení neziskových organizací poskytujících sociální služby*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 172 s. ISBN 978-80-261-0965-5.
- HENDL, J., REMR J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 372 s. ISBN 978-80-262-1192-1.

JANEČKOVÁ E., ČIBEROVÁ H., MACH P. 2016. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb: řešení základních problémů poskytování sociálních služeb, vzory používaných formulářů, náležitosti smlouvy*. Olomouc: ANAG, 350 s. Právo. ISBN 978-80-7554-009-6.

JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JARKIEWICZ, A. 2017 *Professionalization of Social Work with "Mentally Disturbed People" - Analysis from the Interpretative Perspective*. Czech [online], 17(4), 48-57 [cit. 2022-03-27]. ISSN 12136204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=124998296&scope=site>

KACZOR, P. 2015. *Sociální politika a sociální systém ČR*. Praha: Oeconomica, nakladatelství VŠE, 269 s. ISBN 978-80-245-2096-4.

KAHOUN, V. 2013. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 466 s. ISBN 978-80-7387-733-0.

KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

Kolektiv autorů. 2020. *Management a kvalita sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 337 s. ISBN 978-80-88361-06-0.

LEČBYCH, M. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladém dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 248 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2071-4.

LUDÍKOVÁ, L. 2016. *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016, 206 s. Monografie. ISBN 978-80-244-5059-9.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ P., KOLÁČKOVÁ J., ed. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MIŠOVIČ, J. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 292 s. Studijní texty, 72. svazek. ISBN 978-80-7419-285-2.

MPSV ČR. 2018. *Sborník příspěvků z mezinárodní konference Vývoj kvality a efektivity výkonu sociální práce: konané u příležitosti Světového dne sociální práce v Brně dne 21.3.2018*. Praha, 2018, 67 s. ISBN 978-80-7421-159-1.

MPSV ČR. 2014. *Strategie sociálního začleňování 2014-2020*. Praha, 86 s. ISBN 978-80-7421-080-8.

MPSV ČR. 2012. *Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny* [online]. MPSV [cit. 23.10.2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67->

MPSV ČR - Transformace sociálních služeb. 2021 *Transformace sociálních služeb* [online]. Copyright © 2021, [cit. 04.10.2021]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/>

Naděje Česká Lípa - Denní stacionář. *Denní a pobytové sociální služby*. Novinky | Naděje Česká Lípa - Denní a pobytové sociální služby [online]. [cit. 29.10.2021] Dostupné z: http://www.nadeje-cl.cz/denni_stacionar

NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

PCA Institut Praha. 2021. [online]. Copyright © PCA Institut Praha [cit. 28.10.2021]. Dostupné z: <http://www.pca-institut.cz/cs/>

PILÁT, M. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 198 s. ISBN 978-80-262-0932-4.

PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 208 s. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ J., VÍTKOVÁ M., BARTOŇOVÁ M. 2014. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení: From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1.

PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

PROCHÁZKOVÁ L., SAYOUD SOLÁROVÁ K. 2014. *Speciální andragogika: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 217 s. ISBN 978-80-7315-254-3.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. 2021. OKsystem [online]. [cit. 22.09.2021] Dostupné z:

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=EC87CDF58739F4428480DF81AA09B323.node1?SUBSESSION_ID=1633253856747_1

ROGERS, C. R. 2020. *Teorie terapie a osobnosti: a další práce z let 1942-1987*. Přeložil Ondřej FAJEJTA. Praha: Portál, 255 s. ISBN 978-80-262-1665-0.

ROGERS, C. R. 2015. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 447 s. ISBN 978-80-262-0796-2.

Rytmus. 2021. *Kvalita v praxi*. Rytmus [online]. [cit. 24.10.2021] Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/>

Sdružení TULIPAN – chráněná dílna. 2021. *Občanské sdružení - Sdružení TULIPAN* [online]. Copyright © copyright Sdružení TULIPAN, z.s., webdesign [cit. 09.10.2021]. Dostupné z: <https://www.sdruzenitulipan.cz/chranena-dilna>

SLOWÍK, J. 2015. *Člověk s handicapem v křesťanském společenství*. Praha: Advent-Orion, spol. s r.o., 163 s. ISBN 978-80-7172-747-7.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOBEK, J. 2010. *Práce s rizikem v sociálních službách: [příručka pro zaměstnance a poskytovatele sociálních služeb]*. Praha: Portus Praha, 97 s. ISBN 978-80-254-6889-0.

SOLOVSKÁ, V. 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 191 s. ISBN 978-80-262-0369-8.

ŠÁMALOVÁ K., TOMEŠ I., ed. 2018. *Řízení sociálních procesů v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 147 s. ISBN 978-80-246-4180-5.

ŠELNER, I. 2012 *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika. ISBN 978-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK R., ŠEĐOVÁ K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Transformace sociálních služeb. 2016. *Czech* [online]. (3), 25-29 [cit. 2022-01-24]. ISSN 12136204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=117027734&scope=site>

TRUHLÁŘOVÁ Z., LEVICKÁ J., SMUTEK M., ed. 2014. *Sociální práce v kontextu lidských práv: Social Work in the Context of Human Rights : sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové, 10. až 11. října 2014*. Hradec Králové: Gaudeamus, 618 s. Texty k sociální práci. ISBN 978-80-7435-533-2.

TRUTNOVSKÁ, R. 2016. *Nové trendy v podpoře lidí s postižením – podporované rozhodování dle nového občanského zákoníku*. Fórum sociální práce. Praha: Univerzita Karlova, vydání 1, str. 81-85.

ÚLEHLA, I. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., V Sociologickém nakl. 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 128 s. Studijní texty. Učebnice pro obor sociální práce, sv. 11. ISBN 80-86429-36-9.

VACKOVÁ, J. 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména (CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing, 202 s. ISBN 978-80-271-2434-3.

VALENTA, M. 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA M., MICHALÍK J., LEČBYCH M. 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 387 s. Psyché. ISBN 978-80-271-0378-2.

Veřejný ochránce práv – Ombudsman. 2022. *Výzkum rozhodování soudů o podpurných opatřeních: nejčastěji volí omezení svéprávnosti* [online]. Copyright © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 05.02.2022]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/vyzkum-rozhodovani-soudu-o-podpurnych-opatrenich-nejcastěji-voli-omezeni-svepravnosti/>

VILÍMKOVÁ, L. 2013. *Podporované zaměstnávání je cestou k pracovnímu uplatnění v běžném prostředí*. Czech [online]. 13(1), 18-20 [cit. 02.11.2021]. ISSN 12136204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&an=96055492&scope=site>

VITÁKOVÁ, P. 2005. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus, 132 s., Česká unie pro podporované zaměstnávání. ISBN 80-903598-0-9.

VOTAVA, J. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 207 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0708-5.

VOTOUPAL, M. 2020 *Konceptualizace mentálního handicapu v prostředí sociální práce*. Czech & Slovak Social Work / Sociální Práce / Sociálna Práca. Vol. 20 Issue 5, p69-87. 19p.

VYMĚTAL J., REZKOVÁ V. 2001. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 236 s. ISBN 80-7178-561-X.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 03.10.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 28.10.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počty vybraných ambulantních služeb pro osoby s mentálním handicapem dle jednotlivých krajů. (zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2021, vlastní zpracování)	17
Tabulka 2: Přehled informantů (vlastní zpracování)	50
Tabulka 3: Transformační tabulka (vlastní zpracování).....	51

Seznam obrázků

Obrázek 1: Proces individuálního plánování (Kolektiv autorů, 2020).....	21
Obrázek 2: Proces práce s rizikovými situacemi (Kolektiv autorů, 2020:110).....	24
Obrázek 3: Koordinovaná rehabilitace zobrazená v matici /z ang. orig. CBR Matrix/ (WHO in Vacková, 2020:39)	40

Seznam příloh:

- Příloha č. 1: Přepis rozhovoru s informantkou
- Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru s informantkou

T: Jaký vnímáte hlavní cíl a poslání služby?

I1: Tak jednak výplň času, posilování kompetencí a učení se, zprostředkovávání nebo provázení tím fungováním v tom životě.

T: Jaký vliv má podle Vás docházení do služby na život klientů?

I1: Tak určitě tyto služby ovlivňují docela dost zásadně, což můžu srovnat teďka klientku, která po škole chodila nepřetržitě do služby, tak klientku, která po škole zůstala doma. Přišla po deseti letech, kdy to byly spolužačky. Dvě děvčata, který spolu chodily do školy a ta jedna dívka zůstala doma s maminkou a přišla až v situaci, kdy maminka už na tom byla zdravotně hodně špatně a skončila v nemocnici. Takže rodina tu dívku přivedla sem. Rozdíl byl dost velkej, jak v komunikaci, tak v sociálních interakcích a zvládání emocí včetně soběstačnosti. A hlavně i to strádání, nedostatek kontaktu a o to víc se pak snaží vynahrazovat si intenzitu těch kontaktů.

T: Takže to má, kdybych to shrnula, velký pozitivní vliv z toho ohledu, že mají ten sociální kontakt?

I1: To je asi zásadní.

T: A s ohledem na samostatnost?

I1: Hlavně je to vidět z dlouhodobého hlediska. Z krátkodobého hlediska tam ty posuny jsou občas docela neznatelný. Hodně pomalý tempo u týhle skupiny. Sama bych si to nikdy nedovedla představit, kdybych to takhle nezažila.

T: Jaký konkrétní dovednosti díky službě získávají?

I1: Určitě sebeobsluha, hlavně samostatnost při přípravě stravy. Že dokáží rozbít vajíčko, oškrábat brambor, protože k tomu dřív neměli ani příležitost.

T: Že se jim vlastně dostává i víc příležitosti si to vyzkoušet.

I1: Ano. Začnou s podporou a zvládají to postupně i sami jako když někdo je v dohledu.

T: Takže jde hodně o kuchyňské činnosti?

I1: Ale třeba i žehlení, praní. K tomu se moc nedostanou doma. Natož doma třeba nemají ani motivaci moc k práci na zahradě. Tady zase když je to dohromady s pracovníkem, kdy mají tu individuální péči nebo společně ve skupině, tak se to pracuje líp.

T: Jakými způsoby Vy, jako pracovník v sociálních službách pomáháte v rozvoji samostatnosti klienta?

I1: Vnímám svou roli jako nejzásadnější. Přímá práce. Ostatní vytvářejí podmínky - vedení - a pracovník dělá konkrétní kroky, komunikuje s klientem, ukazuje mu to, dává mu podporu, případně mu ukazuje i práci s chybou. Protože i práce s chybou je úspěch, dá se na tom pracovat, tím se učíme. Psychická podpora.

T: Jaké vnímáte překážky ve využívání služby klientem?

I1: Finanční, že když mají příspěvek, ne všichni jsou ochotní službu zaplatit. Někteří to třeba pokud funguje rodina a nabídne jim dost aktivit nebo tak to až tak nepotřebují nebo nemají až tak potřebu zjistit, jestli to potřebují. Anebo nemají takovou podporu rodiny, která by jim v tom pomohla, protože pro ně je to taky práce navíc, i když za tím nevidí, že jim tím také ubude zodpovědnost, a že ten člověk se posune. A hlavně když člověk zůstane sám doma tak, se i sám vykopat.

T: Jak vnímáte místní a časovou dostupnost?

I1: Pracujeme od 7 do 16 hodiny, myslím si, že víc ani kromě pobytové služby není v silách běžného člověka, potřebuje nějakou regeneraci, odpočinek a pocit nějakého zázemí, vlastní rodiny a sounáležitost. Jinak město, ve kterém je služba je, dobře dopravně dostupné.

T: Jak služba pomáhá ve zlepšování sebeobsluhy klientů?

I1: Myslím si, že na tu sebeobsluhu je jedna z hlavních oblastí, na kterou se soustředujeme. Jak sociální interakce tak dopomoc v hygieně, prostředí, oblečení, přezouvání, mytí rukou, takový co doma člověk občas opomene a nevádí to. Tady zase se učí, že v té skupině přece jenom jsou jiná pravidla, že to má nějaký důvod a proč. Hlavně ne jenom, že se něco učí, ale i proč, jaký to má smysl. Příprava jídla, trávení volného času, ať prací sportem nebo kulturou. Nebo i v zájmech, v pracovní terapii šití, kino, bowling. Ne teda moc často. V běžném životě to taky jde jen jednou za čas. Zajít si třeba do restaurace. Hlavní je práce a občas zábava.

T: Jak služba pomáhá zvyšovat samostatnost v oblasti bydlení?

I1: Snažíme se podle našich možností, hlavně v zájmu klientů. Akorát u této skupiny je potřeba věci hodně často opakovat. A pokud tohle ještě nemohou upevňovat ty dovednosti doma v rodině, tak je to trochu delší proces. Navíc ta motivace. Pokud nemají tu vyhlídku, že by to sami někde uplatnili zas není. Pokud není potřeba tak není až tak motivace. U některých.

T: Jak pomáhá služba klientům s uplatněním na pracovním trhu?

I1: Úplně u běžného zaměstnání asi ne, nějaké to podporované, chráněné dílny nebo takového speciální místa s podporou, tak tam pokud bude motivace, že budou mít peníze, za které si budou moci něco koupit, tak to bude pro ně dostatečně hmatatelné, tak myslím, že by to mohlo fungovat.

T: Podařilo se v minulosti nějakého klienta s lehkým mentálním handicapem navázat někde na chráněnou dílnu nebo jiné takové zaměstnání?

I1: Vzpomínám si, že na nějaké trvalé místo ne, ale spíš krátkodobé brigádky.

T: A bylo by to možné, pokud by byl dostatečně motivovaný?

I1: Jakoby když už se někde najde zájem, tak to zkusili, ale nebylo to dlouhodobé.

T: Ale vy jste je přeměrovali na to zaměstnání?

I1: S tím až tak nemám zkušenost. Jeden klient byl v zahradnictví, ale nakonec to nedopadlo i když měl individuální péči jedné zaměstnankyně. Poté jedna klientka pracovala v kantýně, kterou chvíli také provozovala stejná organizace, která provozuje tuto službu. Také to nevydrželo. Jinak mě tu nikdy nenapadá. Jiný klient chodí na jablka pravidelně, ale více. Někteří klienti na česání jablek chodí pravidelně a jsou schopní.

T: Jak je ve službě podporováno samostatné rozhodování klientů?

I1: Záleží na oblasti, na jejich zájmu, volnočasové věci s tím není problém, co by rádi. Dáváme jim prostor, aby si vyzkoušeli jak výběr samostatné činnosti, tak i se učit nové věci či pracovat ve skupině, aby si vyzkoušeli obojí, mohli se rozhodnout. Občas je prostor, aby pracovali samostatně, aby si vybrali činnost, materiál, vzor. Občas aby zase zažili nějakou pospolitost. To že všichni děláme chvíli jednu věc není špatné. Jaké to má i výhody.

T: A co kdybychom mluvili o rozhodování mimo oblast služby? Jak jsou podporováni v těchto rozhodnutích?

I1: Určitě je podporujeme v informovaném rozhodování, aby si uvědomovali možnosti, výhody, nevýhody, zodpovědnost. Samozřejmě se jim v tom snažíme být oporou. Samozřejmě u této skupiny je potřeba o tom mluvit častěji, podrobněji, přesvědčit se, jestli tomu rozuměli, jestli si to pamatují. Je to dlouhodobější proces. Jestli jsou schopni si představit tu zodpovědnost, ty možnosti, případně najít něco, kde si to mohou vyzkoušet, zažít si to. Tím si to spíš zapamatují a představí.

T: Jak pomáhá vytváření individuálních plánů v rozvoji samostatnosti klientů?

I1: Pro pracovníky určitě. Pro klienty podle toho, jak oni jsou schopni to pobrat, představit si to, mít nějaký nadhled, to už je těžší. Umí si říct cíl a my jim pomáháme, provádíme je těmi kroky, aby si uvědomili, co k tomu potřebují, co je to bude stát, co jim to přináší, a hlavně aby si to zažili. Protože pokud se to podaří a získají nějaký pocit kompetence, tak můžeme pokračovat dál. V této skupině to není špatná věc, i když na tři měsíce je krátká doba. Spíš dlouhodobější, protože i ten nácvik u nich není tak progresivní nebo schopnost učit se, pamatovat si, udržet si motivaci. Tři měsíce je moc krátká doba. Oni si ne vždycky dokáží definovat cíl. Spíš přání a dobrat se k nějakému cíli, ke kterému jsou schopni splnit konkrétní kroky. Pokud se budou hodnotit jednou, dvakrát do roka, tak by to mohlo mít smysl.

T: Jak přistupujete k rizikovým situacím, do kterých se klienti mohou dostávat?

I1: Samozřejmě, pokud o tom víme, snažíme se s tím pracovat, myslet na to, předcházet jim nebo případně s nimi pracovat, což si myslím, že asi je zásadnější. Protože přece jenom všichni žijeme v reálném životě a i oni fungují. Takže i oni, aby věděli v těch krizových situacích, že mají podporu, že nic není definitivní, že se vším se dá pracovat. Aby dokázali pomoci jim s nějakou sebereflexí. Pokud je to věc, kterou potřebuje k normálnímu fungování, tak se jí nesnažíme vyhnout, protože je potřeba naučit se fungovat jak ve skupině, tak i samostatně. Spíš se naučit pracovat s problémovými místy pokud možno s podporou, alespoň ze začátku.

T: Jak jsou klienti podporováni v samostatném zvládnutí běžných situací?

I1: O takových situacích si můžeme povídat, představit si je, případně si je natrénovat. Pak třeba jít společně, ve skupině, se zázemím, s podporou skupiny a pracovníků. Případně jen s pracovníkem, kde se pracovník zapojuje aktivněji, potom třeba už jen na vyžádání. Že provází a zasáhne jen na vyžádání. Případně později jen jako pozorovatel. A když se klient cítí a s pracovníkem se na tom dohodne, tak může situaci absolvovat sám.

T: Jaké vnímáte překážky v dosahování větší samostatnosti klientů?

I1: Jednak nejsou ideální podmínky ani v rodině ani v organizaci ani jakoby v osobnosti, motivaci klienta. Ve službě je někdy nedostatek pracovních sil, návaznosti. Pracovník vypadne, částečné úvazky, při předávání informací o klientech se dá minimalizovat, ale na druhou stranu se tím ten klient otužuje psychicky. Co se týká klienta tak hlavně ta motivace. V rodině se často stává, že rodina to nezvládá psychicky, fyzicky. Často se stává, že rodina je už vyhořelá a nedává prostor pro samostatnost, pro ten nácvik. Nebo prostě se psychicky se smířit s tím, že to dítě v podstatě už není dítě, ale že už je to dospělý člověk. Když svou úroveň mentální,

duševní, citovou potřebuje si zažívat adekvátně svému věku situace, vyrovnávat se s nimi. Jejich ochrana je nefunkční či kontraproduktivní. Nedokáží vyzrát a pustit ty děti.

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účely diplomové práce Romany Maruškové

Já, níže podepsaný/á _____ dávám souhlas k rozhovoru, nahrávání a použití informací z těchto rozhovorů za účelem vypracování diplomové práce s názvem – Role ambulantních sociálních služeb na rozvoj a podporu samostatnosti u osob s lehkým mentálním handicapem. Veškeré získané informace budou využity pouze pro účely zpracování diplomové práce a bude náležitě zabezpečena jejich anonymita.

Datum rozhovoru: _____

Podpis: _____