

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

DANIELA HOUDKOVÁ

II. ročník – kombinované studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika navazující

**KVALITA ŽIVOTA DOSPĚLÝCH OSOB
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V BRUNTÁLSKÉM
REGIONU**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdenka Kozáková Ph.D

Olomouc 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a vyznačila veškeré použité
prameny a literaturu.

Olomouc 10. 4. 2010

.....

Děkuji své vedoucí diplomové práce, Mgr. Zdeňce Kozákové Ph.D, za její vstřícnost, ochotu, spolupráci a cenné rady při konzultacích, jež předcházely konečné podobě této práce.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Mentální postižení.....	9
1.1 Mentální postižení v proměnách času.....	12
1.2 Etiologie mentálního postižení.....	16
1.3 Prevence mentálního postižení.....	18
1.4 Klasifikace mentálního postižení.....	19
1.5 Psychologická specifika osob s mentálním postižením.....	21
1.6 Syndromy často pojící se s mentálním postižením.....	23
2 Práva osob s mentálním postižením.....	25
2.1 Lidská práva v mezinárodních dokumentech.....	25
2.2 Lidská práva v českých dokumentech.....	26
2.3 Omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům.....	27
3 Dospělost osob s mentálním postižením.....	29
3.1 Periodizace období dospělosti.....	31
3.2 Tělesné změny v dospělosti.....	32
3.3 Psychické změny v dospělosti.....	33
3.4 Sexualita osob s mentálním postižením.....	34
3.4.1 Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením.....	35
3.4.2 Partnerství osob s mentálním postižením.....	36
4 Struktura zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením....	37
4.1 Oblast vzdělávání osob s mentálním postižením.....	37
4.2 Oblast pracovního uplatnění osob s mentálním postižením.....	40
4.2.1 Chráněné pracovní místo.....	41
4.2.2 Chráněná dílna.....	42
4.2.3 Podporované zaměstnávání.....	43
4.3 Oblast sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.....	45
4.4 Oblast nestátních, neziskových organizací.....	47

5	Kvalita života.....	49
5.1	Kvalita života v proměnách času.....	49
5.2	Teoretická vymezení kvality života.....	50
5.3	Dimenze kvality života.....	52
5.4	Měření kvality života.....	54
5.4.1	Princip měření.....	55
5.4.2	Vlastnosti měřících technik.....	55
5.4.3	Rozdělení nástrojů měření kvality života.....	56

PRAKTICKÁ ČÁST

6	Metodologická východiska.....	58
6.1	Cíl a úkoly šetření.....	58
6.2	Metody šetření.....	58
6.3	Průběh šetření.....	60
6.4	Charakteristika zařízení pro osoby, kde byl průzkum realizován...61	
6.4.1	Harmonie.....	62
6.4.2	Centrum pro mentálně postižené Sagapo.....	63
6.4.3	Krajánek.....	64
6.4.4	Domov jistoty Devětsil.....	65
6.4.5	Naděje, příspěvková organizace Jindřichov.....	66
6.4.6	Zámek Nová Horká.....	67
6.4.7	Domov pro osoby se zdravotním postižením Osoblaha.....	68
7	Výsledky průzkumu a jejich interpretace.....	69
7.1	Základní údaje o respondentech.....	69
7.2	Zdraví a úroveň soběstačnosti.....	72
7.3	Vztahy.....	75
7.4	Bydlení.....	79
7.5	Vzdělání.....	81
7.6	Zaměstnání.....	84
7.7	Volný čas.....	85
7.8	Služby.....	91

7.9	Spokojenost s jednotlivými oblastmi života.....	92
-----	---	----

ZÁVĚR	100
-------------	-----

Seznam použité literatury a pramenů.....	102
--	-----

Seznam grafů.....	106
-------------------	-----

Seznam tabulek.....	107
---------------------	-----

Přílohy

Anotace

Úvod

Lidé s mentální retardací byli po staletí předmětem různých mýtů a hrubého nepochopení. Předpokládalo se, že nevnímají chlad, bolest a neprožívají běžné lidské emoce jako smutek či radost.

Podstatným prvkem v péči o jedince s mentálním postižením v současné době je jejich začlenění do života zdravé populace. V posledních letech dochází k obrovským změnám v chápání problematiky mentální retardace.

Především se klade stále větší důraz na to, že lidé s mentálním postižením jsou v první řadě lidé, se stejnými základními lidskými právy, potřebami pro jejich naplnění, jako lidé bez mentálního postižení.

To znamená, že mají stejné emoce, stejnou potřebu bezpečí, být respektováni či realizovat se, stejné cíle, sny, naděje jako zbytek populace. K tomu, aby mohli své potřeby uspokojit a rozvinout, mohou potřebovat určitou podporu, která pomůže zmírnit omezení a znevýhodnění dané jejich stavem. Někteří ji potřebují pouze někdy, jiní po celý život. Někdo pouze v jedné oblasti života, jiný ve všech. Všichni ale především potřebují dostat příležitosti k tomu, aby mohli získávat zkušenosti a mohli se z nich učit vést co nejvíce plný, aktivní a co nejvíce nezávislý život.

Diplomová práce se skládá z teoretické a z praktické části. Teoretická část má pět kapitol. Cílem teoretické části je přiblížit problematiku mentálního postižení, ukázat jaké příčiny mohou toto postižení způsobit. Představit historické pojetí mentálního postižení, klasifikaci mentálního postižení, možnosti prevence, psychická specifika mentálního postižení. Součástí této práce je charakteristika práv osob s mentálním postižením, je zde definován pojem dospělost. Dále je zde uvedena možnost využití sociálních služeb a jejich struktura a kvalita života.

Cílem praktické části diplomové práce je zmapovat, úroveň kvality života osob s mentálním postižením v jednotlivých zařízeních sociální péče. Aby šetření bylo možno realizovat, použilo se rozhovorové metody. Úkolem bylo pokusit se zjistit, co považují osoby s mentálním postižením, v této oblasti za problematické a s čím jsou spokojeni.

Teoretická část

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola se zabývá mentálním postižením, jeho výskytem, příčinami a rozdělením. Druhá kapitola je věnována právům osob s mentálním postižením. Třetí kapitola pojednává o dospělosti osob s mentálním postižením a jejich specifikách. Čtvrtá kapitola se zabývá strukturami zařízení pro osoby s mentálním postižením, jako jsou oblasti vzdělávací, pracovní a sociální. Pátá kapitola rozebírá kvalitu života její měření a teoretická vymezení.

1 Mentální postižení

Vymezení pojmů mentální postižení (dále jen MP) má velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu odborné speciálně pedagogické péče. (Krejčířová, 1998, s. 7)

V základních otázkách chápání a vymezení mentálního postižení jak v minulosti, tak i v současnosti existuje mnoho nesrovnatelností a terminologické nejednotnosti. V naší i zahraniční odborné literatuře se můžeme setkat s poměrně širokou škálou termínů pro označení tohoto stavu. (Pipeková, 2006, s. 54)

Bajo (in Bajo, Vašek 1994) uvádí, že jen v naší odborné literatuře se vyskytovalo v období let 1952 až 1989 více než dvacet různých označení těchto osob, např. **duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově postižení, rozumově zaostalí, intelektově úchylní, slabomyslní, oligofrenií, mentálně defektní, atd.** (Pipeková, 2006, s. 54)

Nejedna speciálně pedagogická diskuse byla věnována objasnění vztahu mezi termíny **mentální postižení a mentální retardace**. Někteří odborníci je vnímají jako synonyma (Černá, Novotný, Zemková atd.), někteří v nich vidí rozdíl související s rozsahem obou pojmů (Vašek, Ward, Valenta, Müller atd.)

Terminologický a výkladový slovník Špeciálna pedagogika (Vašek, 1994) definuje mentální postižení jako střešní pojem užívaný v pedagogické dokumentaci zahrnující a orientačně označující všechny jedince s IQ pod 85. Z uvedeného vyplývá, že mentální postižení má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném, etiologickém podkladě. (Kozáková, 2005, s. 17)

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín **mentální retardace** (dále jen MR). Plynulost a opoždování, jak uvádí Švarcová, působí více optimisticky než termín postižení. Zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín **postižení**, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte. (Švarcová, 2006, s. 29)

MR je jev nesmírně složitý. V současné době existuje řada definic MR. Vlastní termín mentální retardace (z *lat. mens – mysl, retardare – zdržovat, zaostávat*). Byl zaveden ve 30 letech 20. století Americkou společností pro mentální deficienci. V odborné terminologii se začal širě používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace. U nás byl ztotožňován s termíny **oligofrenie, mentální deficiencie, subnorma**. Od názvu **oligofrenie** se začalo upouštět v šedesátých letech 20. století. Světová zdravotnická organizace navrhla v roce 1959 na konferenci v Miláně jako náhradní termín název **mentální retardace**. (Kozáková, 2005, s. 18)

Defektologický slovník (2000, s. 302) definuje osoby s mentálním postižením takto: Jde o skupinu jedinců s nerovnoměrným duševním vývojem.

Definice MR od Dolejšího (in Pipeková, 2006, s. 55): MR je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i **stresu, na** typologických zvláštnostech vývoje osobnosti. (Pipeková, 2006, s. 55)

Definice MR podle Vágnerové: Je to souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je to neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. (Vágnerová, 2004, s. 289)

MR lze definovat (Valenta, Müller, 2007) jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií. (Valenta, Müller, 2007, s. 12)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) in (Valenta, Müller, 2007, s. 12) je MR stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni a inteligenci. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. (Valenta, Müller, 2007, s. 12)

Americká asociace pro mentální retardaci (dále jen AAMR) uvádí (in Valenta, Müller, 2007, s. 12) *MR je snížená schopnost charakterizována signifikantními omezeními intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje především v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18 let roku života, je multidimenzionální a pozitivně ovlivnitelný individuálním přístupem a cílenou podporou.* (Valenta, Müller, 2007, s. 12)

V popisech výše uvedených definic nacházíme tři podstatná hlediska:

- hledisko *deficitu* - něco chybí, jde o poruchu, postižení, nedostatek,
- hledisko *vývojové*, antropologické, vnímající MR v kontextu životního příběhu vyvíjejícího se (jedinečného) člověka,
- hledisko *multidimenzionální*, kde je limit jedince pouze jednou z proměnných, ovlivňujících se vzájemně s ostatními v dynamickém systému.

(dostupné na World Wide Web: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/00279.pdf>, cit. 20. 7. 2009)

Průměrně jde zhruba o 3 – 4 % populace. Mentální retardace je desetkrát běžnější než mozková obrna a postihuje dvacet pětkrát více lidí než slepota. Údaje OSN pro výchovu, vědu a kulturu a Světová zdravotnická organizace uvádějí výskyt 19,64% zdravotně postižených v lidské populaci. Z toho mentálně postižených 3,15%. V současné době však neexistuje přesný údaj o výskytu osob s mentálním postižením v naší ani světové populaci. Problém souvisí s nejednotností definici mentálního postižení. Odhad výskytu lidí s mentálním postižením u nás se pohybuje mezi 1 – 5%, nejpravděpodobnější hodnota je asi 3%. Z tohoto počtu asi polovina osob potřebuje během života sociální nebo lékařskou pomoc. Nejvíce osob

s mentálním postižením, které vyžadují speciální péči, je ve věku 0 – 16 let, později jejich počet klesá díky sociální adaptaci a dosažení dalšího stupně intelektuálního vývoje. Výskyt mentálního postižení je nerovnoměrně rozložen vzhledem k hloubce postižení a vzhledem k pohlaví (větší výskyt u mužů). (Pipeková, 2006, s. 59)

Mentální retardace přetíná hranice rasy, etnika, vzdělání, společnosti a ekonomického zázemí. (dostupné na World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=516>, cit. 20. 7. 2009)

1.1 Mentálního postižení v proměnách času

Popis mentálního postižení, jak jej chápeme v dnešním slova smyslu, můžeme najít již v Egyptských papyrových svitcích, které byly nalezeny v Thébách. Tyto svitky jsou datovány kolem roku 1900 před Kristem a popisují postižení těla i mysli, které vztahují k úrazům hlavy a mozku. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

Stejná porucha sužovala také krále Saula, jak praví Starý zákon – zde se také najde první záznam o „muzikoterapeutické intervenci“, neb depresím podléhající král byl léčen Davidovou hrou na lyru. První preventivní opatření (duševních poruch) známe již z roku 800 před Kristem tzv. Lykurgovo, který věděl, **že požívání lihovin má neblahý vliv na potomstvo, zejména na duševní vývoj. Zakazoval proto požívání vína v den sňatku předpokládaje, že v ten den dochází k početí.** (Valenta, Müller, 2007, s. 17).

Přístup k těmto jedincům s postižením byl vždy výrazně ovlivněn duchem doby a převládajícím dobovým názorem. Ve starověkém Řecku a Římě byla obvyklá infanticida dětí, jejichž zjev ukazoval na postižení rozumu, smyslů, či těla. Zatímco Římané topili tyto děti v řece Tibeře, Řekové ve Spartě je vrhali dolů ze spartských skal. Na počátku druhého století po Kristu bylo obvyklou praktikou prodávat děti s postižením kočovným společenstvem pro zábavné účely a pro pobavení. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku, pozdější stoikové i epikurejci si zase všímali vztahu mezi jedincem a společností a poslední velký lékař antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy. A nejen to, Galenos Claudius (200 po Kr.) již dokonce, a to ve funkci osobního lékaře Marka Aurelia a jeho

slabomyslného syna, odlišoval slabomyslnost vrozenou od získané. (Valenta, Müller, 2007, s. 17).

Je třeba uvést, že celá starověká civilizace byla „mentálně nastavená“ tak, že problematickým byl vnímán až jedinec s hlubším stupněm mentální retardace, jež se kombinuje většinou se somatickým, popř. i smyslovým postižením. (Valenta, Müller, 2007, s. 17).

Černoušek (1994) in (Valenta, Müller, 2007, s. 17) uvádí, že Hippokrates vypracoval jednu z prvních klasifikací duševních poruch:

- Phrenitis (akutní duševní porucha s horečkou)
- Mania (akutní choroba bez horečky)
- Melancholie (chronické šílenství)
- Epilepsie (boží nemoc)
- Hysterie (křeče)
- Skýtská nemoc (patrně transvestismus)

Tako klasifikace, není klasickou klasifikací mentální retardace. (Valenta, Müller, 2007, s. 17).

V raném středověku vznikají klášterní hospitály jakožto útulky pro staré, nemohoucí i duševně nemocné osoby (r. 520 v Lyonu, o něco později v Kolíně nad Rýnem, v Paříži, v Římě a jinde). Také dochází ke vznikům prvních azylových zařízení pro kretény (při špitálech v Churu a Sitten ve Švýcarsku). Duševní poruchy i přesto byly ve středověku chápány více jako posedlost zlým duchem a je velmi pravděpodobné, že mnoho osob upálených pro čarodějnictví by dneska neslo diagnózu mentální retardace. (Valenta, Müller, 2007, s. 18).

Období renesance přineslo první klasifikaci duševních poruch. Je to uvedeno v díle Felixe Plattera(† 1614) nazvaném Pojednání o nemocích ducha.

- *Imbecilitas mentis* (duševní zblbnutí):
- *Hebetudo mentis* (idiocie)
- *Tarditas ingenii* (imbecilita)
- *Imprudencia seu defectus judicii* (slabomyslnost)
- *Oblivio* (zapomětlivost)
- *Memoria zminuta* (velká ztráta paměti)

Platter zde vede jasnou hranici mezi poruchami vědomí, psychózami a mentální retardací. (Valenta, Müller, 2007, s. 19).

Renesance je spojena se jménem jednoho z největších humanistů – **J. A. Komenského** (†1670), který se ve svých dílech hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň postižení. (Valenta, Müller, 2007, s. 19).

Komenský byl prvním, kdo přišel s koncepcí **celoživotního učení**, s koncepcí **učícího se světa**, s teorií **individualizace vzdělávání**, se zásadou **vzdělávání všech** věkových skupin i národů bez jakékoliv diskriminace. Komenský uvádí: *každý člověk má být vzděláván v celistvosti, což znamená, aby byl správně a odborně připraven nejen v nějaké jedné věci anebo několika málo nebo některých věcech, ale ve všech, které završují podstatu lidskosti.* (Bednaříková, 2006, s. 30)

V dalším období dochází k úbytku infanticidy a přístup k osobám s postižením se začíná více diferencovat. Pokles infanticidy souvisí s rozvojem nalezinců, do kterých jsou děti s postižením odkládány. Významný mezník představuje učení Johna Locka, který v roce 1690 publikuje své Eseje o lidském rozumu. John Locke se jako filozof kriticky postavil proti učení Reného Descarta a tvrdí, že člověk na svět přichází bez vrozených idejí a jeho mysl je nepopsaná deska (tabula rasa), na kterou až lidská zkušenost zapisuje dojmy a informace o světě. Jako pedagog byl poté John Locke zastáncem individuální výchovy a vzdělávání, které bere ohled na jedinečnost jedince. Pro psychologii má také velký význam jeho teoretické rozlišení mezi nedostatkem rozumu (slaboduchostí, či mentální retardací) a šílenstvím (duševním onemocněním). Zatímco u osob s duševním onemocněním dochází podle Locka k chybnému spojování a mylnému zdůvodňování jednotlivých idejí, osoby s mentální retardací mají omezenou samotnou schopnost ideje spojovat a zdůvodňovat. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

S příchodem nového modelu společnosti a moderního chápání lidských práv přichází změny v přístupu k duševně postiženým osobám. Je to spojeno se jménem zakladatele moderní psychiatrie **Filipa Pinela** (†1826) – muže, který sejmul duševně postiženým jejich okovy, a to jak obrazně, tak i fakticky. Pokračovatelem Pinela byl jeho žák **Jean Etienne Dominique Esquirol** (†1840), který jako první vymezil idiocii jako stav (nikoli tedy nemoc) charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností a pod pojmem imbecilita chápal lehčí formu slabomyslnosti. (Valenta, Müller, 2007, s. 19).

Dalším významným historickým milníkem na cestě ke vzniku pojmu mentální retardace je případ dvanáctiletého Viktora, který se stal celosvětově známý zejména jako chlapec z Aveyronu. Viktor byl nalezen přibližně ve věku dvanácti let ve francouzských horách v okolí Aveyronu (jižní Francie). Svůj dosavadní život žil Viktor v okolních lesích divokým životem bez většího kontaktu s lidskou civilizací. Po zadržení byl Viktor předán do ústavu

pro hluchoněmé, ve kterém byl od roku 1800 ředitelem **Jean-Marc-Gaspard Itard**. Itard byl velkým zastáncem učení Johna Locka a zdůrazňoval proto roli smyslové výchovy ve výuce a vzdělávání. Pro Viktora vypracoval rozsáhlý vzdělávací a výchovný program. Přestože léta pedagogického úsilí přinesla jistý pokrok v psychomotorickém a mentálním vývoji Viktora, nebyl progres úměrný vynaložené námaze. Příčinou neúspěchu patrně nebyly jen nedostatky metodiky tvůrce, příčinou selhání byla i skutečnost, že Viktor byl mentálně retardovaný patrně na úrovni středně těžké mentální retardace zapříčiněné s největší pravděpodobností těžkou sociálně kulturní deprivací. (Valenta, Müller, 2007, s. 22).

Itard byl také učitelem **Eduarda Seguina** (†1880), který intenzivně pracoval s lidmi s mentální retardací. Seguin vyvinul komplexní systém výchovy a vzdělávání pro osoby s postižením intelektu a zasloužil se tak o rozvoj psychopedie. Jeho postupy byly založeny zejména na smyslové výchově a rozvoji činnosti jednotlivých receptorů. V roce 1850 se odstěhoval do Spojených států amerických a v roce 1876 zde zakládá společnost, která je dnes známá jako Americká asociace pro mentální retardaci. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

Jedním z prvních „psychopedů“ u nás byl **Karel Slavoj Amerling** († 1884). Tento lékař, přírodovědec, pedagog a pedagogický reformátor, ředitel ústavu pro slabomyslné v Ernestinu, prosazoval pro své klienty základní vzdělání, ruční práce, pevný režim dne a nácvik sebeobslužných prací a hygieny. Další velkou postavou spojenou se Ernestinem a péčí o slabomyslné na našem území byl lékař, vědec, **Karel Herfort** (†1940). Prosadil individuální přístup ke svým chovancům, prohloubil jejich výuku a zavedl chorobopisy vycházející z vědeckých, diagnostických metod.

Na počátku 20. století vytváří **Alfred Binet** škály na měření inteligence, které umožňují rozlišovat mezi mírou intelektového nadání a postižením intelektu. V roce 1910 vzniká klasifikace slabomyslnosti (oligofrenie) a vznikají tak tři známé stupně mentálního postižení – idiotie, imbecilita, debilita. S pojmem oligofrenie začíná operovat Emil Kraepelin v rámci své psychiatrické klasifikace. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

Původní klasifikace oligofrenie byla revidována až po čtyřiceti letech pod tendencí nahradit zastaralé pojmy, které postupem času získaly vulgární konotaci, navozovaly dojem trvalosti, neměnnosti a vzbuzovaly pedagogický pesimismus. Samotný pojem „mentální retardace“ vzniká v padesátých letech 20. století v USA a revidovaná klasifikace tehdy rozlišovala pět stupňů postižení intelektu: hraniční pásmo (67-83 bodů IQ), lehké (50-66

bodů IQ), střední (33-49 bodů IQ), těžké (16-32 bodů IQ) a hluboké (pod 16 bodů IQ). Vzhledem k faktu, že kvůli této klasifikaci byla řada osob z etnických menšin chybně klasifikována pod kategorii mentální retardace, byla klasifikace v sedmdesátých letech upravena. Hraniční pásmo nebylo hodnoceno jako postižení intelektu, ale jako prostá subnorma, hranice mentální retardace se posunula směrem dolů k hodnotě 70 bodů IQ a vzniká tak rozlišení lehké mentální retardace (50-69 bodů IQ), středně těžké mentální retardace (35-49 bodů IQ), těžké mentální retardace (20-34 bodů IQ) a hluboké mentální retardace (pod 20 bodů IQ). Takto upravená klasifikace se stala součástí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) používané v Evropě i Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) používaného v USA. (dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb.cz> , cit. 20. 7. 2009)

1.2 Etiologie mentálního postižení

Výzkum příčin MP zdaleka není ukončen, dá se s mírnou nadsázkou říci, že se nachází spíše na počátku než v závěrečných fázích svého vývoje. Žádný viník obvykle neexistuje. K mentálnímu postižení může vést, celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. (Krejčířová a kol., 2002, s. 14)

Příčinou vzniku MP je postižení centrální nervové soustavy (dále CNS). Tato porucha může vzniknout různým způsobem. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení CNS, tak nejrůznějšími exogenními faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. (Vágnerová, 2004, s. 290)

Mentální postižení může být způsobena jakoukoli okolností, která narušuje vývoj mozku před narozením, během porodu nebo v raném dětství. Je známo několik stovek syndromů, nejrozšířenější je Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom a syndrom fragilního X. Ve třetině případů se příčinu nedaří zjistit. (dostupné na World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=252>, cit. 7. 10. 2008)

MP může být způsobena jak **příčinami endogenními (vnitřními)**, tak **exogenními (vnějšími)**.

- **Endogenní příčiny** – zde řadíme vlivy dědičné, hereditární. Právě u MP se uplatňuje výrazný podíl vlivu dědičnosti. Jedná se o specifické genetické příčiny, jako

jsou mutace genů, změna počtu chromozomu, nebo změny v počtu pohlavních chromozomu např. trizomie.

- **Exogenní příčiny – anorganické příčiny:** *fyzikální* (mechanické působení, vlivy záření), *chemické* (vlivy léčiv, jedů, chemických látek),
 - **biologické příčiny:** působení virů, bakterií, plísní, negativní vlivy symbiotické (způsobené soužitím matky a plodu),
 - **psychosociální příčiny:** např. negativní vlivy výchovy.

Z hlediska časového působení

a) Prenatální příčiny (působící od početí do narození)

- 1) **Blastopatie** – poškození zárodku. Mohou být vyvolány infekčním onemocněním, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou a zářením. Vedou k vytvoření nejrůznějších syndromů.
- 2) **Embryopatie** – poruchy vývoje zárodku od 15 dne do konce 3. měsíce těhotenství, tj. poruchy vznikající v průběhu organogeneze. Může vzniknout vlivem emocionální zátěže matky, (hormonální dění), nedostatečný přísun všech složek potravy, škodlivé záření, vlivem některých léků, diabetes matky, atd.
- 3) **Fetopatie** – ve fetálním období (po 3. měsíci těhotenství) nevznikají sice velké malformace, ale škodlivina může zastavit další vývoj orgánu nebo jeho diferenciaci. To se týká zvláště mozku. Příčinou fetopatií jsou různé nemoci matky (např. diabetes, poruchy štítné žlázy), intoxikace matky (záření, otravy), infekce matky.

b) Perinatální příčiny – (působící těsně před porodem, během a těsně po porodu). Toto poškození zaujímá mezi škodlivými faktory významné postavení. Škodlivým faktorem může být zejména předčasný porod. Ale i při porodu, který probíhá ve správném termínu, se mohou vyskytnout poruchy krevního oběhu, hypoxie, ty poškozují zejména centrální nervovou soustavu. K dalším faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu, předčasný porod a nízká porodní váha dítěte., novorozenecká žloutenka

c) Postnatální příčiny – (působící po narození)

Tato skupina se vyznačuje rozsáhlou multifaktoriálností. Můžeme zde zařadit např. biologické poškození (zánět mozku, virózy různého typu), mechanické vlivy jako

traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku. (Ludíková, 2005, s. 29 – 31)

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje **oligofrenie**, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo částečně postnatálním a **demence**, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku. Pro demenci v dětském věku se někdy užívá také označení **deteriorace** (zhoršení, úbytek) rozumových schopností. (Švarcová, 2006, s. 28 – 29)

1.3 Prevence mentálního postižení

Prevence – je soubor aktivit zaměřených na předcházení ohrožení, narušení či postižení u člověka, anebo na snižování jejich možných důsledků. Prevence je zdravotnickou, speciálně pedagogickou, psychologickou a sociálně právní záležitostí, jež se dosahuje osvětou, depistáží (tj. vyhledáváním postižených, narušených či ohrožených jedinců v populaci), poradenskými, diagnostickými, léčebně preventivními a dalšími opatřeními. (Valenta, Müller, 2007, s. 97)

Podle charakteru a zaměření rozeznáváme **prevenci primární** (zaměřenou na vznik nežádoucího jevu – tj. vznik mentálního postižení – v celé populaci), **prevenci sekundární** (referenční skupinou je zde ohrožená populace) a **prevenci terciální** (zaměřenou na mentálně postiženého se snahou o zmírnění následků postižení).

- **Primární prevence** – je záležitostí primární zdravotní péče, prenatální a postnatální péče o dítě, výchovy zaměřené na zdravý životní styl, dodržování bezpečnostních pravidel zabráňujících nehodám a úrazům, imunizace proti přenosným infekcím a chorobám apod. (Valenta, Müller, 2007, s. 97)

Základní požadavky prevence mentálního postižení prosazuje zejména **Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené** (ILSHM), která formulovala desatero zásad, jejichž dodržováním lze možnost vzniku mentálního postižení omezit, je součástí přílohy č. 1. (Švarcová, 2006, s. 63)

- **Sekundární prevence** – je zaměřena na ohroženou populaci. Toto ohrožení může být z hlediska zdravotního (genetická zátěž v rodině, rizikové zaměstnání, atd.). Genetická prevence spočívá v tom, je-li riziko vyšší jak 10% reprodukce se partnerům nedoporučuje a k dispozici jsou opatření: dobrovolná bezdětnost (antikoncepce),

umělé oplození spermatem zdravého dárce, adopce, dobrovolné přerušování těhotenství, atd. (Valenta, Müller, 2007, s. 98)

- **Terciální prevence** – je zaměřena na snížení dopadu důsledků mentálního postižení na jedince (socializace, integrace osob s MP do běžného života). (Valenta, Müller, s. 98)

Od prevence je třeba odlišit příbuzný pojem profylaxe, který znamená vyhledávání, diagnostikování a provádění nutných opatření tam, kde ještě sice nedošlo k onemocnění, ale toto bezprostředně hrozí. (Valenta, Müller, 2007, s. 97)

1.4 Klasifikace mentálního postižení

V současné době se používá členění podle **desáté decenální revize, Světové zdravotnické organizace**, z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno **F**:

F70 Lehká mentální retardace

F71 Středně těžká mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace ((Pipeková, 2006 s. 63)

Lehká mentální retardace F70 (IQ 50 – 69)

Jedná se o nejrozšířenější formu retardace, diagnostikována je asi u 80% mentálně postižené populace. Vývoj v dětském věku již bývá mírně opožděný. Děti s lehkou MR se naučí mluvit později, nicméně řeč si osvojí. Ve škole mívají potíže s učením, základní školní dovednosti, jsou schopné zvládat, a to zhruba do úrovně 10 – 11 let. Všechny obvykle selhávají v abstraktních předmětech a logických operacích. U některých se objevují výraznější problémy s psaním, čtením, počítáním. Náplň Rámcového vzdělávacího systému základní školy nejsou schopny plně zvládnout.

V sebeobsluze jsou lidé s lehkou MR samostatní a v adaptovaném prostředí dokážou mnohdy úspěšně pracovat. Po adekvátním nácviku jsou schopni samostatně docházet do práce, vykonávat různé manuální činnosti.

U těchto osob se v různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako artismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení. (Čadilová, Jůn, Thorová, a kol., 2007, s. 27)

Středně těžká mentální retardace F71 (IQ 35 – 49)

Opoždění vývoje je u dětí se středně těžkou MR většinou zachyceno již v kojeneckém nebo později v batolecím období, opoždí se vývoj pohybový, ale zejména vývoj řeči je prakticky vždy od samého počátku výrazně opožděn. V průběhu dětství si ovšem tito lidé obvykle osvojí aspoň minimální slovní zásobu, postačující pro základní dorozumění. Některé děti zvládají základní trivium (čtení, psaní, počítání). (Říčan, Krejčířová, a kol., 1997, s. 154)

V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže je zajištěn dohled. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými lidmi. U některých lze diagnostikovat dětský artismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, epilepsii. (Švarcová, 2006, s. 34 – 35)

Těžká mentální retardace F72 (IQ 20 – 34)

Výrazná retardace v dosahování vývojových mezníků je u těchto jedinců s těžkým mentálním postižením zřetelná již od útlého věku. Ve většině případů jde o postižení kombinované, k postižení rozumových schopností se tu přidružuje i těžší postižení pohybové nebo porucha zraku či sluchu různého stupně. Mnohé z těchto dětí se nikdy nenaučí mluvit nebo si osvojí jen několik jednoduchých slůvek, v jejich výuce je prioritní zaměření na zvládnutí základní komunikace (ať již verbální či pomocí alternativních komunikačních systémů), základů sebeobslužných dovedností a na porozumění běžným sociálním situacím. (Říčan, Krejčířová, 1997, s. 154 – 155)

Hluboká mentální retardace F73 (IQ je nižší než 20)

Postižení jedinci mají velké omezení ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Bývají často inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze neverbální komunikace. Vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit. Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních osob, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický artismus. (Švarcová, 2006, s. 36)

Jiná mentální retardace F78

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob. (Švarcová, 2006, s. 36)

Nespecifikovaná mentální retardace F79

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné zařadit osobu do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2006, s. 36)

1.5 Psychologická specifika osob s mentálním postižením

Typickým znakem poznávacích schopností jedinců s mentálním postižením, je omezenější potřeba zvědavosti a preference podmětového stereotypu. Jedinci s mentálním postižením obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. (Vágnerová, 2004, s. 292)

Poznání

U dítěte bez postižení je proces utváření zkušeností rychlý, u dítěte s MP, je proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Jedná se o: **zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání**, (při vnímání obrazu neschopnost pochopit perspektivu, rozlišování polostínu), **nediferencovanost počítků a vjemů** (tvarů, předmětů, barev), **porušení diskriminace figury a pozadí**, **nedostatečné prostorové vnímání** (porucha hloubky

vnímání), **nedokonalé vnímání času a prostoru, snížená citlivost hmatových vjemů, špatná koordinace pohybu.** (Kozáková, 2005, s. 31)

Myšlení

Je zatíženo přílišnou konkrétností, nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností. Pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Myšlenky se vyjadřují slovy, teda řečí, jež bývá často deformovaná. Jedinec s mentálním postižením často nepromýšlí své jednání a nepředvídá jeho výsledek. (Kozáková, 2005, s. 31)

Paměť

Osoby s mentálním postižením si vše nové osvojují pomalu až po mnohočetném opakování. Naučené rychlé zapomíná a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi. Proto je **důležité opakování**. Převládá spíše **mechanická paměť**. (Kozáková, 2005, s. 32)

Pozornost

Záměrná pozornost vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit ji na více činností. Maximální doba udržení záměrné **pozornosti je 15 – 20 minut**. Pak musí následovat relaxace. Schopnost udržet pozornost je ovlivněna nejen hloubkou mentálního postižení, typem, druhem, věkem klienta, ale také časovou křivkou dne. (Kozáková, 2005, s. 32)

Vůle

Specifickým rysem je v tomto ohledu **dysbulie** (porucha vůle) a **abulie** (nerozhodnost, nedostatek vůle). Projevuje se u jedince s MP mnohem výrazněji než u běžné populace. Hlavním projevem abulie je nemožnost podřízení svého chování určitému úkolu. Vystupuje v případech, kdy jedinci vědí, jak mají jednat, ale nepocítí uží potřebu tak jednat. (Kozáková, 2005, s. 32)

Aspirace

Pro jedince s MP je příznačný výkyv na jednu stranu, tj. k **nižší aspiraci** směrem k podhodnocování se, nebo naopak k **vyšší nereálné aspiraci**, k nadhodnocování se. (Kozáková, 2005, s. 31)

Řeč

Lidská řeč je fylogeneticky jednou z nejmladších funkcí nervové činnosti člověka, funkce specificky lidská, již se člověk nejvýrazněji liší od ostatních zástupců živočišné říše. Pro řeč a její vývoj a rozvoj, který trvá řadu let, je mimo podnětů z vnějšího prostředí třeba dokonalé činnosti, koordinace a integrace řady funkcí. (Černá, a kol., 1992, s. 47)

Narušený vývoj řeči je jedním z nejcharakterističtějších příznaků MR. Jedná se většinou vývoj omezený. Vývoj řeči je ovlivněn stupněm MR, její formou a typem MR. Nejčastěji se vyskytuje **dyslalie**. Následuje **huhňavost a breptavost a dysartrie**. Dalšími zatěžujícími faktory vývoje řeči **jsou nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči**. (Kozáková, 2005, s. 33)

Emoce

MP má vliv na projev jednotlivých emocí, na jejich vnější vyjádření a na úroveň rozvoje druhů citů. Často bývá u jedinců s MP, uváděna nevyrovnanost, emoční labilita a agresivita. (Kozáková, 2005, s. 33)

1.6 Syndromy často pojící se s mentálním postižením

MP bývá často v kombinaci s jiným syndromem např. pervazivní vývojovou poruchou. Pervazivní vývojová porucha je taková, která zcela proniká osobností člověka a výrazně mění jeho chování, možnosti socializace, vzdělávání atd. Jedná se o vrozené handicap, při jejichž vzniku hrají klíčovou úlohu s největší pravděpodobností různé genetické faktory. Dochází k narušení několik oblastí, které umožňují normální životní aktivitu bez handicapu. (Valenta, Müller, 2007, s. 40)

Mezi nejznámější syndromy, které se pojí s mentálním postižením:

- **Autismus** – je charakterizován především triádou znaků: narušenou sociální interakcí, omezenou schopností verbální i nonverbální komunikace a stereotypním, repetitivním chováním.
- **Downův syndrom**
- **Fetální alkoholový syndrom (FAS)** – projeví se u dítěte matky, která v těhotenství pila nadměrné množství alkoholu.
- **Syndrom fragilního X chromozomu** – důsledky jsou poruchy učení, těžká MR, i autismus.
- **Tuberózní skleróza** – projevuje se nezhoubnými nerozšiřujícími se nádory a lézemi, které jsou přítomny v mozku a v celé řadě dalších orgánů, často spojené s epilepsií.
- **Rettův syndrom** – těžké neurologické postižení, které má pervazivní (všepronikající) dopad na somatické, motorické i psychické funkce jedince.
- **Angelmanův syndrom** – projevy: těžká MR, absence řeči, ataxie v chůzi a třes horních končetin, motorická hyperaktivita, krátký rozsah pozornosti, přidružená epilepsie, potíže s polykáním, strabismus, stereotypní mávání rukou.
- **Praderův – Williho syndrom** – je genetická porucha, mezi typické znaky patří: snížený svalový tonus, malý vzrůst, nedostatečný pohlavní vývoj, vznik obezity.
- **Lechův – Nyhanův syndrom** – porucha se vyskytuje jen u chlapců, projevuje se mozkovou obrnou s choreoatetonickými pohyby, sebezraňováním a MR.
- **De Lange syndrom** – vyznačuje se mikrocefalií a specifickými rysy v obličeji, srůsty prstů, těžké deformity končetin, nadměrné ochlupení, MR.
- **Monotonie 5p (syndrom kočičího křiku)** – pojí se s MR, sebezraňování, nedostatečný vývoj hlasivek, specifický křik, který připomíná kočičí křik.
- **Syndrom Smith – Magenis** – projevy: poruchy spánků s převráceným režimem, opožděný vývoj řeči, hyperaktivita, destruktivní a agresivní chování, dráždivost.
- **Epilepsie** (Čadilová, Jůn, Thorová, a kol., 2007, s. 31 – 51).

Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci. Dostupné na World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>, cit. dne 10. 8. 2009)

2 Práva osob s mentálním postižením

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti.

Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pocíťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv a svobod je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti. (Švarcová, 2006, s. 16)

Lidská práva představují nejpodstatnější subjektivní práva a svobody, která jsou zaručena ústavními zákony a přijatými mezinárodními smlouvami o lidských právech. Přídavné jméno „*lidské*“ naznačuje, že tato práva jsou univerzální a vztahují se na každého člověka bez ohledu na jeho pohlaví, rasu, jazyk, barvu pleti, víru a náboženství, politické, nebo jiné smýšlení, národnostní nebo společenský původ, majetek, rod nebo jiné postavení. (Pipeková, 2006, s. 41)

2.1 Lidská práva v mezinárodních dokumentech

Lidský život a lidská důstojnost byly po staletí ignorovány a porušovány a v tomto porušování se pokračuje vlastně dodnes. Myšlenka společných pravidel pro všechny lidské bytosti bez diskriminace vznikla před několika staletími. Lidskými právy se zabývala celá řada zemí. Jedním z nejvýznamnějších dokumentů byla **Všeobecná deklarace lidských práv**, kterou přečetla 10. prosince 1948 v Paříži předsedkyně komise pro lidská práva při OSN Eleonor Rooseveltová, vdova po bývalém prezidentovi Francinu D. Rooseveltovi. Desátý prosinec je považován za Den lidských práv. Byl to první dokument, v němž byl výraz „*lidská práva*“ použit. (Pipeková, 2006, s. 44)

V roce 1961 byla přijata **Evropská sociální charta**, jež byla po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, která výslovně zmiňovala postižené osoby jako nositele lidských práv. (Švarcová, 2006, s. 17)

V prosinci 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata **Deklarace práv mentálně postižených osob**. Přibližně ve stejné době se ve Švédsku zaktivovala skupina mladých lidí s mentálním postižením, aby proklamovala své právo na sebeurčení, na možnost činit vlastní rozhodnutí a na větší míru nezávislosti. Tak byly položeny základy **hnutí sebeobhájců** z řad osob s mentálním postižením. (Švarcová, 2006, s. 18)

Dalším významným dokumentem je **Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání**, přijata v roce 1987 v rámci Rady Evropy, jež umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří byli zbavení svobody, s cílem posílit jejich ochranu před týráním a ponižujícím zacházením. (Švarcová, 2006, s. 18)

V prosinci 1993 byla Valným shromážděním OSN schválena **Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**. Upozorňují na oblasti důležité pro kvalitu života zdravotně postižených osob a pro dosažení plného zapojení a rovnosti. U nás byla tato pravidla vydána v roce 1997 Sdružením zdravotně postižených v ČR. Tyto standardní pravidla jsou součástí přílohy č. 3. (Švarcová, 2006, s. 16)

Pro úplnost je zde vhodné zařadit i **Bílou knihu v sociálních službách**, která byla zveřejněna Ministerstvem práce a sociálních věcí v roce 2003. Podle Bílé knihy existuje sedm vůdčích principů, které jsou základem všech sociálních služeb:

- Nezávislost a autonomie
- Začlenění a integrace
- Respektování potřeb
- Partnerství
- Kvalita
- Rovnost
- Národní standardy

Tato Bílá kniha se uvedla s účinností zákona o sociálních službách do praxe. (Sokol, Trefilová, 2008, s. 52 – 53)

2.2 Lidská práva v českých dokumentech

Úlohu orgánu, který řídí a koordinuje státní politiku péče o handicapované, u nás plní **Vládní výbor pro zdravotně postižení občany**. Byl ustanoven usnesením vlády ČR v roce 1991. (Pipeková, 2006, s. 49)

Vládní výbor spolupracoval na přípravě Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům (NPP), Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (NPO), které vláda schválila v letech 1992 a 1993, a Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (NPVP), přijatého v roce 1998, který byl každoročně aktualizován. V roce 2004 přijala vláda ČR Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, z jejichž cílů a úkolů vychází Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009, přijatý v roce 2005.

(dostupné na World Wide Web: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>, cit. 10. 8. 2009)

V roce 1998 byl vládou schválen **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením**. Tento plán přispěl k šíření informací o problematice zdravotně postižených osob do široké veřejnosti. (Pipeková, 2006, s. 49)

Z hlediska práv lidí s mentálním postižením je velmi důležitým dokumentem **zákon o sociálních službách**, který přináší zásadní změny v oblasti sociálních služeb. Tento zákon vstoupil v platnost k 1. 1. 2007. (Švarcová, 2006, s. 19)

Zákon stanoví základní pravidla a zásady poskytování sociálních služeb:

- Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo její předcházení.
- Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.
- Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a zabránit jejich sociálnímu vyloučení.
- Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě.

(Michalík, 2007, s. 22)

K naplnění těchto zásad napomáhají i **Standardy kvality sociálních služeb**, které jasně uvádějí, že sociální služba má vést klienta k samostatnosti, nevytvářet jeho závislost na poskytovaných službách, ale naopak jej aktivizovat a vést k osobnímu růstu a vlastnímu řešení své situace. (Čadilová, Jůn, Thorová, a kol., 2007, s. 158)

2.3 Omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné. Nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“ Listina základních práv a svobod, čl. I, hlava I.

„Každý, je způsobilý mít práva.“ Listina základních práv a svobod, čl. 5, hlava II.

Způsobilost k právním úkonům znamená způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti. Této způsobilosti nabývá fyzická osoba dosažením zletilosti, tj. dosažením 18. roku věku, či uzavřením manželství před dosažením

věku zletilosti. Osoby nezletilé mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou přiměřené jejich rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 154)

Způsobilost k právním úkonům lze zcela zbavit či ji omezit v těchto případech:

1. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.
2. Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.

(Čadilová, Jůn, Thorová, a kol., 2007, s. 154)

Rozdíl mezi zbavením a omezením je jednoznačný. Zbavení má za následek úplný zánik způsobilosti k právním úkonům, omezení se vztahuje pouze k těm, které jsou uvedeny v rozhodnutí. (Čadilová, Jůn, Thorová, a kol., 2007, s. 154)

Pokud dojde ke zbavení (ale i omezení) způsobilosti k právním úkonům, stanoví soud takové osobě opatrovníka. (Pipeková, 2006, s. 50)

3 Dospělost osob s mentálním postižením

Dospělost se považuje za etapu nejvyšší zralosti lidského jedince. Je to životní období, v němž je člověk na vrcholu svých tvůrčích sil, cítí se subjektivně nejlépe, je samostatný. V této fázi zakládá vlastní domov a rodinu. Je fyzicky na vrcholu svých sil, citově je vyrovnaný, objektivně využívá své rozumové schopnosti. Dosahuje nejvyššího stupně sociální zralosti a projevuje zájem o problémy společnosti, ve které žije. (Čížková, a kol., 2005, s. 118)

V novodobých společnostech vymezuje dospělost řada definic. Sjednotit definice dospělosti je obtížné, neboť je třeba rozlišovat dospělost biologickou a dospělost duševní a přitom respektovat systémové socio-kulturní a právní faktory. (Šiška, 2005, s. 39)

Podle Beneše (1999) in (Šiška, 2005, s. 39) se dospělým ve smyslu vzdělávání stává osoba, jejíž hlavní sociální role se dá charakterizovat statusem dospělého a která zároveň ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému. Benešova množina dospělých tak de facto nezahrnuje ty, kteří byli v mladším věku vyloučeni ze vzdělávání (např. v současné době mají možnost si vzdělání doplnit). (Šiška, 2005, s. 39)

Podle Coffielda (1987) in (Šiška, 2005, s. 39) se mladý člověk stává definitivně dospělým, stane-li se zaměstnaným. Dlouhodobá nezaměstnanost staví naopak mladého člověka do sociálního neurčita mezi dětstvím a dospělostí. (Šiška, 2005, s. 39)

Podle Jenkinse (1989) in (Šiška, 2005, s. 39) je dospělost stejně jako další životní etapy sociálním konstruktem. V industriální společnosti brání dosažení statusu dospělosti jiné sociální konstrukty jako je mentální postižení či dlouhodobá nezaměstnanost absolventů škol. (Šiška, 2005, s. 39)

Podle Příhody (1974) in (Čížková, a kol., 2005, s. 118) je stádium dospělosti charakteristické dosažením vrcholného růstu. Hranicí mezi dosavadní evolucí a počínající involucí vidí v třicátém roce života lidského jedince. Obecný termín dospělosti považuje za stav, kdy jedinec doroste do své skutečné velikosti a síly a je schopen vykonávat samostatné činnosti v životním přizpůsobení. V naší civilizaci tyto schopnosti získává člověk již ve dvacátém roce. Od třicátého roku dosahuje jedinec vyššího stupně psychických a sociálních dovedností a je schopen využívat lépe minulé zkušenosti a řešit obtížnější situace. (Čížková, a kol., 2005, s. 118)

Podle Cattella (1950) in (Drapela, 1997, s. 89) je dospělost životním obdobím, které je nejdelší (od 25 do 55 let) a kdy se toho v životě děje nejméně. Inteligence, která dosahuje svého vrcholu kolem dvaceti let věku, postupně ubývá. Tento úbytek nastává především

v oblasti přizpůsobivosti jedince, nikoli v oblasti dříve osvojených dovedností. (Drapela, 1997, s. 89)

I přes obtížné a nejasné vymezení statusu dospělosti, můžeme v obecné rovině uvažovat o faktorech, které k dosažení statusu dospělosti přispívají nebo mu naopak brání:

- ukončení školní docházky
- získání zaměstnání
- odchod z domova rodičů
- uzavření sňatku, založení rodiny
- administrativní a právní faktory např.: dosažení zletilosti, trestní odpovědnost, darování krve a orgánů, držení průkazů – občanský průkaz, cestovní pas atd.
- právo volit a být volen
- získání sociálních dávek
- postoj personálu
- postoj samotných dospívajících (zda se sami chtějí stát dospělými)
- diagnostická terminologie (přirovnávání hloubky mentálního handicapu k vývojovým stádiím)
- předsudky a stereotypy společnosti

Většina z uvedených faktorů se nevztahuje pouze k člověku s mentálním postižením, ale má obecnou platnost. (Šiška, 2005, s. 39 - 40)

V dnešní společnosti je velmi obtížné nalézt souhrnné hledisko pro posouzení, zda člověk je nebo není dospělým. Zatímco biologické faktory jsou stálé, socio-kulturní faktory podléhají změnám. V tradičních lidských společenstvích byli starší lidé přijímáni s respektem a jejich slovo bylo často slovem rozhodujícím. Naproti tomu v novodobé společnosti starší lidé spíše autoritu ztrácejí a to jak v rodině, tak v širším sociálním prostředí. (Šiška, 2005, s. 39 - 40)

Kolem společnosti by mělo být v maximální možné míře podporovat mentálně postižené v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném socio-kulturním prostředí. Jednou se stěžejních rolí dospělosti je role člověka, který viditelně přispívá do společnosti, již je součástí. (Šiška, 2005, s. 39 - 40)

3.1 Periodizace období dospělosti

Pro podrobnější podchycení věkových období dospělosti je možno použít řadu klasifikací.

Nakonečný (1993) in (Čížková, a kol., 2005, s. 118) rozděluje fázi dospělosti:

- mladší dospělost od 19 do 30 let
- střední dospělost do 45 let
- starší dospělost do 60 let

(Čížková, a kol., 2005, s. 118)

Hurlocková in (Čížková, a kol., 2005, s. 118) uznává dvě stádia:

- raná dospělost od 21 do 40 let
- střední věk do 60 let

(Čížková, a kol., 2005, s. 118)

Příhoda (1974) in (Čížková, a kol., 2005, s. 118) rozděluje dospělost do tří fází:

- mecitma od 20 do 30 let
- adultium od 30 do 45 let
- interevium od 45 do 60 let

(Čížková, a kol., 2005, s. 118)

Livečka (1979) in (Müller, 2006, s. 23 – 24) rozděluje věková období následujícím způsobem:

- raný věk dospělosti (mladý dospělý) – asi od 16 – 18 do 25 – 30 let
- střední věk dospělosti (zralý dospělý) – asi od 25 – 30 do 45 – 50 let
- pozdní věk dospělosti (stárnoucí dospělý) – asi od 45 – 50 do 65 – 70 let
- věk starého dospělého člověka – mezi 65 – 70 až 80 rokem
- na senium- od 80 let

(Müller, 2006, s. 23 – 24)

Ján Jesenský (2000) in (Müller, 2006, s. 23 – 24) k tomu dodává, že toto členění umožňuje díky svým pohyblivým hranicím rovněž obdobné věkové seřazení handicapovaných osob (byť tyto nemusí být v příslušném biologickém věku funkčně

vybaveny pro přijímání rolí a podávání výkonů jako stejně staří intaktní jedinci. (Müller, 2006, s. 23 – 24)

Nacházíme tak výrazné mezníky rozdělující jednotlivé etapy jako v dětství – přesto je velký rozdíl v myšlení, cítění a v sociálním chování u dospělého 20 - ti letého a dospělého 60-ti letého člověka. (dostupné na World Wide Web: http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/dospelost#main, cit. 23. 10. 2008)

3.2 Tělesné změny v dospělosti

Tělesné změny se u osob s mentálním postižením různí. Je to závislé na stupni a hloubce postižení. Následující výčet tělesných změn se bude týkat převážně jedinců s lehkým mentálním postižením, u kterých se tělesné změny projevují stejně jako u intaktních jedinců.

Dospělý jedinec je silný a na vrcholu své výkonnosti ještě v době střední dospělosti, méně však než ve fázi rané dospělosti. V období starší dospělosti dochází k řadě involučních změn. Dochází ke snižování tělesné výšky a ke změnám v hmotnosti. V interviu především u žen dochází k růstu tělesné váhy. Nejcitlivějším ukazatelem vývojových změn je kůže. Involuční pochod je rovněž patrný v tvorbě vlasového porostu.

(Čížková, 2003, s. 120 - 122)

Vedle tělesných změn v období interevia dochází i ke změnám senzorickým. Jedná se o sluchovou a zrakovou involuce. Mění se postupně činnost endokrinních žláz, mění se krevní oběh a s ním i srdce a cévy. Nejčastější zdravotní komplikace v této věkové skupině způsobují maligní a benigní nádory a nemoci krevního oběhu. (Čížková, 2003, s. 119)

U žen po 45. roce dochází k involuci vaječníků a k širším hormonálním změnám, které způsobují tzv. **menopauzu**. Synonymem tohoto termínu je užívanější **klimaktérium**. Ženy jsou přecitlivělé. U mužů také dochází k hormonálním změnám, bolestem hlavy, návalům krve do hlavy, srdeční arytmií, bolestem kloubů. (Čížková, 2003, s. 120)

3.3 Psychické změny v dospělosti

V průběhu dospělosti dochází k podstatným změnám ve **vnímání**. Většina zrakových funkcí nejeví výraznější změny v období rané a střední dospělosti. Po třicátém roce dochází ke změnám na sítnici a v období pozdní dospělosti dochází k celkovému snížení zrakových schopností. Tyto involuční změny ve zrakovém analyzátoru pokračují dále v následujícím období (senium). Sluchový analyzátor je postižen drobnými involučními projevy již v období střední dospělosti. Atrofické změny čichového a chuťového analyzátoru se mohou objevovat již v rané dospělosti, ovšem existují výrazné individuální rozdíly. Involuční změny, tolik typické pro období stáří, v kůži a ve vlasech mají rovněž počátek již v období střední dospělosti a před třicátým rokem prodělávají atrofické změny kožní analyzátory. Zhoršování funkcí ve všech analyzátorech je v období dospělosti spíš individuální. Znamky počínající involuce jsou velmi nepatrné a můžeme konstatovat dobrou funkci analyzátoru, ale v období střední dospělosti dochází k překročení jejich vrcholné výkonnosti. V období pozdní dospělosti se více projevují involuční změny. Dochází k výraznějšímu snížení reaktivní doby a přijímání informací organismem. Nejpatrnější je úbytek rychlosti v motorických činnostech, což se neprojevuje v předcházejících fázích období dospělosti. (Čížková, 2003, s. 120 - 122)

Řeč po 45. roce je klidnější, gestikulace je mírnější. V komunikaci tak získávají lidé této věkové kategorie větší respekt. Motorický klid se projevuje i ve výrazu obličeje. Pohyby jsou vláčnější a úspornější. Celkové zpomalení zasahuje i ostatní duševní činnosti, tzn., že zpomaluje i intelektuální činnost. Za vrcholné období pro rozumovou činnost v průběhu ontogeneze lidského jedince považujeme kategorii střední dospělosti. (Čížková, 2003, s. 120 - 122)

V období pozdní dospělosti dochází k zhoršování **paměti**. Pravděpodobně je to způsobeno involučními procesy nervové soustavy. Doba zapamatování se zkracuje, obtížněji se uchovávají nové informace a ke vstúpení je nutný větší počet opakování. I když koncentraci na podněty, tzn. **pozornosti**, není přikládán přílišný význam pro jednotlivá období dospělosti, vrcholné schopnosti v pozornosti dosahuje lidský jedinec v období střední dospělosti. Fyzické a duševní zrání v období dospělosti ovlivňuje **emoce**. Raná dospělost je poznamenána citovým zklidněním a postupnou harmonizací, ovšem teprve adult (střední dospělost podle Příhody) je dostatečně stabilizován, má vyšší sociální status a jeho emoční projevy dosahují v tomto období konečné podoby. Zesiluje své sebevědomí. Emoční postoje adulta se projevují

v jeho osobnosti. Sebedůvěra, která je mu vlastní, mu umožňuje projevovat tvůrčí schopnosti, je iniciativnější a často získává ve své profesi významnější postavení. V tomto období dochází k úplnému dozrání emocí, což je charakterizováno stálostí emocí. Projevuje se to i u emocí záporných (nenávisť, závist, atd.), ale adultinum je období největší kontroly nad emočním chováním. Člověk v období střední dospělosti je neadekvátněji přizpůsoben. Nejsnadněji tedy přijímá a odmítá vzrušivé podněty. V etapě pozdní dospělosti je jedinec zaměřen více na blížící se odchod do důchodu. Přestává investovat do studia i do domácnosti a více žije z toho, co nashromáždil. Jeho prožívání je ovlivněno předcházející životní cestou.

(Čížková, 2003, s. 120 - 122)

Dochází k většímu nárůstu sebevědomí, které souvisí s vyšší sociální pozicí. Toto období je pomyslným mostem mezi generacemi, což neznamená, že jak k mladší generaci, tak ke generaci starší se chová jedinec optimálním způsobem. U žen v souvislosti s klimakterickými změnami dochází k přeměně fyziologické s důsledky na změny sociální a psychické. Ženy získávají větší pocit volnosti a větší možnosti sebeuplatnění. V etapě střední dospělosti převažuje zájem o profesní činnost, v etapě pozdní dospělosti se jedinec zaměřuje i na jiné stránky života. (Čížková, 2003, s. 120 - 122)

S pokračující involucí a postupným zhoršováním zdravotního stavu dochází však ke snížení frustrační tolerance. Člověk je již v období pozdní dospělosti méně odolný životním zátěžím a mohou se u něj objevovat úzkostné stavy, přičemž energie k překonání úzkosti je oslabená. Přesto je celé období dospělosti charakteristické zralostí a schopností využívat získané zkušenosti. Chování dospělého jedince, i přes výrazné individuální rozdíly, je mnohem více předvídatelné než v jiných vývojových etapách (pubescence, stáří apod.). Fáze dospělosti je provázena nejvyšší sociální pozicí a nejvyšším sebevědomím.

(Čížková, 2003, s. 120 - 122)

3.4 Sexualita osob s mentálním postižením

Člověk je sexuální bytostí, bez ohledu na přítomnost mentálního, psychického, fyzického nebo smyslového postižení. Projevy sexuality jsou přirozenou a důležitou součástí lidského života. Porozumět sexualitě osob s mentálním postižením znamená nehledat rozdílnost či zvláštnosti, ale naopak objevovat a respektovat souvislosti lidského bytí.

Sexualita se u osob s mentálním postižením vyvíjí běžným způsobem. Sexuální vývoj začíná rozvojem **pohlavní identity**. To znamená míra, do jaké se každý z nás cítí být mužem nebo ženou, homosexuálem, bisexuálem nebo heterosexuálem. Sexuální identita je pro člověka základní. I kdyby v životě neměl jediný sexuální styk, nepřestává být mužem nebo ženou. Kozáková (in Valenta, Müller, 2007, s. 44)

U osob s mentálním postižením je důležitým faktorem sexuality a jejich projevů kromě věku, pohlaví také hloubka postižení. Sexualita u osob s mentálním postižením existuje jak na úrovni identity (líbit se sobě a druhým, být mužem a ženou), tak na úrovni intimity (mít radost z masturbace, zažívat blízkost ve dvojicích). Kozáková (in Valenta, Müller, 2007, s. 46)

3.4.1 Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením

Postoje k sexualitě osob s mentálním postižením se v posledních letech v mnohém změnily. Odráží nejen posuny v postojích společnosti k osobám se zdravotním postižením a společenské vývojové změny, ale i postoje k vlastní sexualitě druhých lidí. Lidé s mentálním postižením musí často ještě i dnes překonávat předsudky, stejně tak jako vlastní mylné představy a osobní bariéry týkající se sexuality. Kozáková (in Valenta, Miller, 2007, s. 46)

Nejčastější **předsudky** v oblasti sexuality osob s mentálním postižením:

- **Předsudek: Osoby s mentálním postižením mají zvýšený sexuální pud.** Člověk s mentálním postižením má sexuální potřeby tak jako člověk bez postižení. Důležité je dodržovat etické principy, respektovat potřeby jednotlivce a jeho intimity.
- **Předsudek: Sexuální potřeby osob s mentálním postižením se dají utlumit fyzicky náročnou prací.** Stejně tak, jako každý člověk, má i člověk s mentálním postižením sexuální potřeby, touhy, city, které potřebuje vyjádřit a uspokojit, ať už o samotě anebo s druhým. Nejedná se tedy jen o „fyzické sexuální vybití“, ale také o potřebu přítomnosti blízké osoby, pohlazení, přitulení, líbání a psychické uspokojení z přítomnosti partnera.
- **Předsudek: Sexuálním problémům se vyhneme, pokud oddělíme obě pohlaví.** Sexualita ovlivňuje naše chování velkou měrou. Je-li člověk plně spokojený, je i šťastný a celkově vnitřně harmonický. Lidé nepřestávají být ani v segregovaném prostředí sexuálními bytostmi.

- **Předsudek: Člověk s mentálním postižením zůstává po celý život dítětem.** Mladý člověk s mentálním postižením se zpravidla stává během dospívání člověkem s přirozenými citovými a sexuálními potřebami.
- **Předsudek: Realizací sexuální výchovy se zbytečně probouzí sexuální touhy.** Je důležité, aby i jedinec s mentálním postižením byl včas poučen o všem, co souvisí s jeho vývojem a dostaly se mu informace v době, kdy je potřebuje.
- **Předsudek: Osoby s mentálním postižením jsou bez jakýchkoliv sexuálních potřeb.** Lidé s mentálním postižením mají stejné sexuální potřeby a touhy jako všichni ostatní.
- **Předsudek: Osoby s mentálním postižením mají postižení i v oblasti sexuality.** Odchylky bývají častěji způsobeny nepřirozeností prostředí, v němž jedinec vyrůstá, nedostatečnou informovaností nebo traumatizujícími zkušenostmi v průběhu života. Kozáková (in Valenta, Müller, 2007, s. 46 - 49)

3.4.2 Partnerství osob s mentálním postižením

Partnerský vztah je v tomto období velmi důležitým prostředkem osobního rozvoje. V takovém vztahu lze získat potřebné podněty k pochopení sebe sama i k realizaci osobního potenciálu. Podněcuje člověka k tomu, aby se sám jasně definoval a lépe poznal svého partnera, jehož veškeré projevy vnímá na základě projekce vlastní potřeby. Partnerský vztah rozvíjí intimní oblasti lidské osobnosti. (Vágnerová, 2007, s. 65)

Zkušenosti ukazují, že lidí s postižením, kteří žijí v partnerském svazku, jsou zralejší, vyrovnanější, samostatnější a lépe spolupracují. Touha po navázání partnerského vztahu se u osob s mentálním postižením objevuje tak jako u osob bez postižení. Partnerský vztah nejednou bývá i potvrzením plnohodnotnosti a normality. V současné době lidé s mentálním postižením stále častěji projevují přání bydlet společně s partnerem nebo partnerkou. Kozáková (in Valenta, Müller, 2007, s. 49)

Dospělost je nejdelším životním obdobím. Jde o období dynamické – rozvoj nekončí (např. potřeba neustálého vzdělávání, sebevzdělávání, získávání zkušeností, sebevýchova, stanovování a dosahování řady cílů). Jde, o období práce, vykonávání řady společenských rolí. (Dostupné na World Wide Web: <http://zis.naskok.cz/index.php/studijni-materialy/psychologie/dospelost#main> dne 23. 10. 2008)

4 Struktura zařízení pro dospělé osoby s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením stejně jako jejich všichni ostatní spoluobčané mají právo na vzdělání, pracovní uplatnění, sociální služby, volnočasové a zájmové aktivity. Tato kapitola, bude právě tyto aktivity podrobně popisovat.

4.1 Oblast vzdělávání osob s mentálním postižením

Základní právní atribut demokratické společnosti, právo na vzdělávání a informace, nemůže být nikomu odepřen. (Novosad, L., 2000, s. 26)

Evropská komise vydala v roce 2000 Memorandum o celoživotním vzdělávání, ve kterém zdůrazňuje důležitost budování společnosti, která poskytuje rovné příležitosti přístupu ke vzdělání, zvyšování kvality poskytovaného vzdělání, rozvoj efektivních metod výuky, zajištění snadného přístupu ke kvalitním informacím a poradenství, příležitosti k celoživotnímu vzdělávání co nejblíže lidem a v neposlední řadě také podněcování a uzpůsobování lidí k tomu, aby se aktivněji podíleli na rozvoji všech sfér moderního veřejného života. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 36)

Ve významném materiálu OECD Celoživotní vzdělávání pro všechny, probíhá od roku 2000, je stanoven obsáhlý soubor cílů a strategií soustředěný kolem teze, že *„jedním z hlavních atributů moderních společností by měly být celoživotně otevřené možnosti učení, jejichž dostupnost bude zajištěna na co nejširším základě“*.

Potřeba celoživotního vzdělávání je na počátku 21. století velmi naléhavá. Země OECD musí vytvořit rámcové podmínky, aby se celoživotní vzdělávání stalo pro všechny skutečností. Předpokládá se, že v dohledné budoucnosti budou státy ve značné míře zaměstnány strategiemi pro dosažení těchto cílů. Vzhledem k rozdílům mezi zeměmi a regiony a ke složitosti práce, již bude třeba vykonat, nebude postačovat strategie jediná. (Švarcová, 2006, s. 105)

Strategie jsou nezbytné k tomu, aby byl všeobecně přijat základní princip, že rámec celoživotního učení má sloužit k řešení tří základních cílů, které členské země sdílejí:

Osobní rozvoj

Soustředěním se na aktivní učební potenciál jednotlivce a jeho využíváním staví strategie celoživotního učení tohoto jednotlivce do středu dění. Kvalita a věcná případnost (relevance) poskytovaného vzdělávání jsou uzpůsobeny zájmům a potřebám, čímž se jednotlivcům dostává větší šíře volby a prostoru pro oblastní iniciativu. (Švarcová, 2006, s. 105)

Sociální soudržnost

Zdůraznění toho, že celoživotní vzdělávání až dosud bylo výsadou nemnohých, a že k zastavení a zvrácení sociální polarizace je nezbytné zpřístupnit systematické příležitosti všem. (Švarcová, 2006, s. 105)

Hospodářský rozvoj

Uvedený rámec má – díky tomu, že zlepšuje podmínky, rovnost možností a efektivnost investic při formování dovedností – zásadní význam pro zvyšování flexibility a produktivity, pro prosazování hospodářského růstu a pro vytváření pracovních příležitostí. Ve světle těchto závěrů není otázkou, zda země OECD mají prostředky na zaplacení ceny celoživotního učení, nýbrž zda si mohou tuto cenu dovolit nezaplatit. (Švarcová, 2006, s. 105)

Současné chápání celoživotního vzdělávání, které se v pojetí jednotlivých zemí OECD některých aspektech liší, má řadu shodných prvků, k nimž patří zejména:

- přesvědčení o tom, že vzdělávání a učení má hodnotu samo o sobě a nikoliv jen hodnotu instrumentální
- sdílené přání všeobecné dostupnosti učebních možností, bez ohledu na věk, pohlaví nebo zaměstnání
- uznávání širokých možností různých prostředků a metod výuky a učení, u těch, kdo se učí, jsou podporovány osobní rysy potřebné pro návazné učení včetně motivace
- shoda v tom, že koncept celoživotního učení je předkládán jako kritika jednosměrných vzdělávacích filosofií, které nazírají vzdělávání jako proces ohraničený „začátkem“ a „koncem“.
- Na rozdíl od dřívějších koncepcí periodického vzdělávání, které byly evropskou strategií učení během 70. let, je cílem současné koncepce celoživotního učení zrušit ve školských systémech „konečné fáze“ tak, aby veškeré programy ústily do programů dalších. (Švarcová, 2006, s. 106)

V rámci aktivit různých společenských organizací ve spolupráci se speciálními školami vznikají některé formy vzdělávání, z nichž nejznámější jsou **večerní školy, kurzy k doplnění vzdělání a aktivační centra**. (Švarcová, 2006, s. 107)

- **Večerní školy**

Jsou zaměřeny nejen na další vzdělávání absolventů praktických škol, ale jsou otevřeny i těm, kdo povinnou školní docházku neabsolvovali. (Švarcová, 2006, s 107 - 108)

Zřizovatelem večerních škol pro dospělé s mentálním postižením jsou občanská sdružení. Jejich zřizování často iniciují rodiče, ale i pracovníci zařízení sociální péče, kteří mají zájem své svěřence dále systematicky vzdělávat. (Švarcová, 2006, s 107 - 108)

Večerní školy vyučují zpravidla ve školních budovách, nejčastěji v základních školách praktických a speciálních, nebo také v běžných základních školách. (Švarcová, 2006, s 107 - 108)

Vyučuje se většinou dvakrát týdně po třech až čtyřech hodinách. Vzdělávací obsahy vycházejí ze zájmu studentů a dosažené úrovně jejich předchozího vzdělání, např. rozvoj komunikačních dovedností, orientace v okolním světě a životě, práce s počítačem, výchovné a umělecké předměty apod. (Švarcová, 2006, s 107 - 108)

Základním krédem, z něhož většina večerních škol vychází, je: **Všechno, čemu se člověk naučí, obohatí jeho život**. (Švarcová, 2006, s 107 - 108)

- **Kurzy k doplnění vzdělání**

Jednou z dalších nových forem vzdělávání dospělých lidí s mentálním postižením jsou kurzy k doplnění vzdělání poskytovaného speciální a praktickou základní školou, které se v současné době otevírají při mnoha těchto školách. Frekventanty těchto kurzů jsou často i uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří dosud neměli možnost získat vzdělání odpovídající jejich schopnostem. (Švarcová, 2006, s. 109)

• **Aktivační centra**

Aktivační centra jsou školská zařízení zaměřena na poskytování celoživotního vzdělávání mladistvým a dospělým se závažnými formami mentálního postižení, kteří nemohou využívat jiné formy celoživotního vzdělání určené intaktní populaci. (Švarcová, I., 2006, s 109 - 110)

Aktivační centra, poskytují další vzdělávání občanům s mentálním postižením, kteří absolvovali speciální základní vzdělání a nenašli možnost dalšího vzdělávání nebo uplatnění ani na trhu práce, ani na chráněném pracovišti, případně tuto možnost z různých důvodů ztratili. (Švarcová, I., 2006, s 109 - 110)

Obsah vzdělávání směřuje k získávání vědomostí a praktických dovedností v různých oborech lidské činnosti se zaměřením na praktické uplatnění buď v pracovní, nebo zájmové činnosti k rozvíjení komunikačních dovedností. (Švarcová, I., 2006, s 109 - 110)

4.2 Oblast pracovního uplatnění osob s mentálním postižením

Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým rysem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 87)

Význam práce pro člověka můžeme shrnout v následujících bodech:

- poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard,
- pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka a jeho seberealizaci,
- status být zaměstnaným u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti ke zdravotně postiženým,
- pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí pracovníka s postižením a jeho okolí,
- práce je jeden ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení dovedností, kompetencí a intelektových schopností,
- placená práce přispívá k vysvobození z dlouhodobé závislosti na podpůrných službách a péči okolí. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 87 – 88)

Podle Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, má každý občan právo získat prostředky na své životní potřeby prací. Právo na

práci je běžně chápáno jako právo na zaměstnání a povinnost státu podporovat zaměstnanost a vznik pracovních míst. (Krejčířová, Medvecová, Opařilová, a kol., 2005, s. 10)

Nejčastějšími možnostmi pracovního uplatnění v současné době jsou: **podporované zaměstnávání, chráněná dílna a chráněné pracovní místo.**

4.2.1 Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody s úřadem práce. Musí být provozováno po dobu nejméně 2 let. (Krejčířová, Medvecová, Opařilová a kol., 2005, s. 43)

Na vytvoření chráněného pracovního místa poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytváří-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy. (dostupné na World Wide Web:<http://business.center.cz/business/pojmy/p2122-chranene-pracovni-misto.aspx> dne 16. 9. 2009).

Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno posečkání daně.

(dostupné na World Wide Web:<http://business.center.cz/business/pojmy/p2122-chranene-pracovni-misto.aspx> cit. 16. 9. 2009).

Žádost o příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa obsahuje:

- a) identifikační údaje zaměstnavatele,
- b) místo a předmět podnikání.

K žádosti o příspěvek je nutné přiložit charakteristiku chráněných pracovních míst a jejich počet, potvrzení o stavu závazků ve věcech pojistného na sociální pojištění a příspěvku na

státní politiku zaměstnanosti, pojistného na veřejné zdravotní pojištění a doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu. (dostupné na World Wide Web: <http://business.center.cz/business/pojmy/p2122-chranene-pracovni-misto.aspx> cit. 16. 9. 2009).

Úřad práce může uzavřít dohodu o poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost. Úřad práce může na základě písemné dohody se zaměstnavatelem nebo s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost, poskytnout i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů na chráněné pracovní místo obsazené osobou se zdravotním postižením; roční výše příspěvku může činit maximálně trojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku.

(dostupné na World Wide Web: <http://business.center.cz/business/pojmy/p2122-chranene-pracovni-misto.aspx> cit. 16. 9. 2009).

4.2.2 Chráněná dílna

Podle definice MPSV ČR je **chráněná dílna** specifické pracoviště pro občany, kteří mají sníženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce. Poskytuje jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Tito lidé mohou v chráněné dílně získat stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem a zdravotnímu stavu a vytvářet tak hodnoty stejně jako většina lidí běžné populace. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 89)

Chráněnou dílnu může vytvořit každá fyzická, nebo právnická osoba. Rozhodující pro přiznání statutu chráněné dílny je skutečnost, že místa jsou zřízená na základě písemné dohody s úřadem práce. (Krejčířová, 2004, s. 38)

V chráněné dílně musí být v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60% těchto zaměstnanců. Musí být provozována nejméně 2 roky ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření a provoz chráněné dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek ve výši osminásobku či dvanáctinásobku průměrné mzdy.

(Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 89)

V chráněných dílnách se s uživateli postupuje podle individuálního plánu. Pro každého se z nabízených možností uplatnění hledá nejvhodnější místo podle jeho schopností a dovedností. Snahou je rozvinout u zaměstnanců samostatné jednání a zodpovědnost při práci na pracovišti a schopnost spolupráce s ostatními uživateli režim chráněných dílen je upraven podle zdravotního stavu klientů s výrazným zohledněním individuálního přístupu. Slouží

především k tréninku pracovních dovedností, pracovního režimu a práce v kolektivu. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 90)

4.2.3 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezena služba určena lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou i po nástupu do práce. (Krejčířová, Medvecová, Pařilová, a kol. 2005, s. 18)

Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. (dostupné na World Wide Web:<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>, cit. 27. 10. 2009)

Cílová skupina podporovaného zaměstnávání

- Lidé, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti získání a zachování vhodného zaměstnání.
- Lidé, kteří z důvodu rozsahu snížení svých schopností získat a zachovat si vhodné zaměstnání, potřebují odbornou individuální podporu postavenou na osobní pomoci

Pro zařazení do programu není rozhodující diagnóza, ale individuální posouzení schopností a rozsahu potíží, které člověk má. Jde zejména o osoby:

- s mentálním, fyzickým, smyslovým a kombinovaným postižením, kognitivními problémy a psychickým onemocněním,
- se sociálním znevýhodněním.

(dostupné na World Wide Web:<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>, cit. 27. 10. 2009)

Počátky systému podporovaného zaměstnávání jsou v Kanadě a USA koncem 80 let 20. století. Poprvé bylo definováno v USA v zákoně o mentálním postižení. (Krejčířová, 2004, s. 42)

Podnětem k tomuto byl celkový myšlenkový vývoj společnosti. V tomto modelu se kladl důraz na to, aby se člověk, dříve než přijde na pracoviště, předem v modelovém prostředí učil dovednosti potřebné k výkonu určité práce. Podporované zaměstnávání vzniklo původně jako možnost integrace pro lidi s mentálním postižením. Původní model nebyl velkým přínosem, neboť osoby s mentálním postižením, své získané dovednosti nedovedli přenést na skutečné pracoviště. Na tento popud vznikla myšlenka podporovaného zaměstnávání s tréninkem dovedností přímo na pracovišti. (Krejčířová, Medvecová, Pařilová a kol. 2005, s. 17)

V dalších letech se podporované zaměstnání (dále PZ) rozšířilo do Evropy. Od roku 1986 začaly vznikat agentury PZ ve Velké Británii, v roce 1990 v Norsku, v roce 1996 ve Finsku. PZ je známé také v dalších evropských zemích (Itálie, Německo, Belgie a další). (Krejčířová, Medvecová, Opařilová a kol. 2005, s. 18 - 19)

V České republice přišla myšlenka PZ na začátku 90. let minulého století. V současné době existuje Česká unie pro PZ, která je členem Evropské unie pro PZ (EUSE) a zabývá se strategickými otázkami dalšího vývoje PZ jako např. vzděláváním zaměstnanců agentur PZ, organizováním auditů kvality apod.

Identifikační znaky podporovaného zaměstnávání jsou:

- Okamžité umístění na pracovní místo
- Trénink pracovníka přímo na pracovišti
- Konkurence schopna práce
- Zaměstnávání v běžném pracovním prostředí
- Průběžná podpora
- „Na míru šitá“ podpora
- Aktivní přístup uživatele služeb podporovaného zaměstnávání

(Krejčířová, Medvecová, Pařilová a kol. 2005, s. 18 - 19)

Cílem podporovaného zaměstnávání je zařazení zájemce o práci, který má minimální šanci zapojení se do běžného pracovního života, aby získal a byl schopen udržet si skutečnou práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem.

Jde tedy o:

- vyhledávání a udržení zaměstnání, které je vhodné pro uživatele programu,
- vybavení uživatele takovými dovednostmi, které umožnily co nejsamostatnější přístup k jeho situaci.

K dosažení tohoto cíle směřuje pracovní tým agentury PZ, který by měl mít svého vedoucího, aby lidé věděli, na koho se mají obracet se zásadními věcmi, např. záležitostmi týkající se projektů, kontaktů apod. Dalším členem pracovního týmu je pracovní konzultant, pracovní asistent a další zaměstnanci. (Krejčířová, Medvecová, Opařilová, a kol. 2005, s. 20)

Do agentur PZ, jejich přehled je přílohou č. 3., mohou přicházet zájemci o službu z úřadu práce, z jiných organizací, z různých poraden, mohu být doporučeny různými odborníky apod. Uživatel do agentury nejčastěji přichází, protože hledá zaměstnání a buď on sám, nebo jeho okolí si z nějakého důvodu myslí, že v tom potřebuje podporu. Každý uživatel má sepsanou dohodu a sestaven individuální plán, na kterém spolu s konzultantem, dále pracují, hledají vhodné zaměstnání. (Krejčířová, Medvecová, Opařilová a kol. 2005, s. 20 - 23)

Je záměrem pracovníků, aby délka i míra podpory vedoucí k cíli byla minimální, tedy aby se účastník programu ve svém zaměstnání co nejdříve osamostatnil. Tohoto cíle by mělo být dosaženo dříve než za 3 roky od zahájení účasti v programu. (Krejčířová, 2004, s. 44)

4.3 Oblast sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

V rámci sociální politiky státu jsou ve formě nového Zákona o sociálních službách, (108/2006 Sb.) přijaty nové strategie v sociální sféře.

Základní druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Formy poskytování sociálních služeb:

- **pobytové** – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb,
- **ambulantní** – služby, za kterými osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, součástí služby není ubytování,
- **terénní** – služby jsou osobám poskytovány v přirozeném sociálním prostředí.

(Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 99 - 100)

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují **zařízení sociálních služeb**. Pro osoby s mentálním postižením to mohou být **centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení**. Zákon stanovuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb, které se týkají pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytování stravy, ubytování, zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, podpora v základních pracovních návycích.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, zapojení do běžného života společnosti. Zákon přesně definuje služby sociální péče. Pro osoby s mentálním postižením to mohou být **služby osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby**. Osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, mohou využívat další typy služeb sociální péče – **sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny**, které podporují zdokonalování pracovních návyků a dovedností pomocí sociální terapie. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 99 - 100)

S kvalitou v sociálních službách souvisí **Standardy kvality sociálních služeb**, které shrnují to, co se očekává od dobré sociální služby. Standardy sociálních služeb se považují za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí:

- **procedurální** – stanovují, jak mají služby vypadat
- **personální** – věnují se personálnímu zajištění služeb
- **provozní** – definují podmínky pro poskytování služeb

Standardy kvality sociálních služeb vychází z potřeb moderní společnosti, jednotlivce (uživatelé) a organizace (poskytovatele). Zaměřují se na kvalitu péče o uživatele.

Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované sociální služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 100 - 101)

4.4 Oblast nestátních, neziskových organizací

Do roku 1989 u nás existovala pouze jediná organizace sdružující občany se zdravotním postižením. Tou organizací byl **Svaz invalidů**, do kterého mentálně postižení nebyli přijati. Ten se po revoluci rozpadl na mnoho menších organizací sdružujících většinou občany s jedním druhem handicapu. Po listopadu 1989 vznikla v České republice řada nestátních neziskových organizací. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 92)

Zastřešující organizací pro všechna sdružení, která hájí zájmy lidí se zdravotním postižením, je **Národní rada zdravotně postižených** (dále jen NRZP). NRZP vznikla v roce 2000, je dnes uznávaným iniciativním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů zdravotně postižených. NRZP je největším a nejreprezentativnějším zástupcem organizací osob se zdravotním postižením. (Švarcová, 2006, s. 180)

Největší organizací po roce 1990 reprezentující oprávněné zájmy osob s mentálním a kombinovaným postižením je **Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením**. V současné době má více než 8 500 členů. Činnost sdružení se v nově vznikající situaci zaměřila na dvě základní oblasti: **poskytování** potřebných a doposud chybějících moderních **sociálních služeb a obhajobu práv a zájmů** lidí s mentálním postižením.

Nadále vznikají sdružení pokrývající služby, jako jsou chráněné bydlení, pracovní příležitosti a terénní služby.

Nespornou výhodou je současná hojně využívaná možnost prezentace činnosti nestátních neziskových organizací na webových stránkách. Na internetu je možno nalézt mnoho různých databází občanských sdružení dle jejich specifického zaměření, např. **AKORD**, **ASISTENCE**, **Asociace muskulárních dystrofií v ČR**, **AUTISTIK**, **Centrum samostatného života**, **Diakonie**, **DUHA**, **FOKUS**, **GREEN DOORS**, **Klub rodičů a přátel**

s Downovým syndromem, MOBILIS, OMEGA, POHODA, PORTUS, PROSAZ, RYTMUS, SAOP, Společenství Dobromysl, SPOLU, Život 90 atd.

(Valenta, Müller, 2007, s. 243 – 245)

5 Kvalita života

Definovat vše, na čem spočívá kvalita lidského života (Quality of Life) přesným a zároveň vyčerpávajícím způsobem je velice nesnadné. Jistě není nutné dále objasňovat význam pojmu kvalita. Spojíme-li ovšem slovo kvalita s pojmem *život*, dotkneme se skutečnosti, že různí lidé nejen mohou, ale obvykle také mají odlišné představy o tom, co vlastně vytváří smysl jejich života, co činí jejich život tzv. kvalitním. Kvalitu života bychom měli považovat za zdroj našeho bohatství a vidět v ní to, co nás skutečně činí bohatými. (dostupné na World Wide Web: http://www.ftvs.cuni.cz/doktorske_sk/obhaj.php, cit. 9. 8. 2009)

Přestože je pojem „kvalita života“ velmi frekventovaný, a to nejenom v odborných pojednáních. O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. (Payne, a kol., 2005, s 207)

Kvalita života vychází také z Maslowovy teorie potřeb, podle které naplnění základních fyziologických potřeb (potřeba nasycení, spánku, úlevy od bolesti) je předpokladem k uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí a blízkosti jiných, potřeba sebeúcty). (Vágnerová, HadjMousová, 2003, s. 18 – 19)

5.1 Kvalita života v proměnách času

Zájem o kvalitu života má kořeny v dávné minulosti. Objevuje se již v římské a řecké mytologiích, kde bývá spojována s osobnostmi Asclepia, Aeskulapa aj. Zájem o nové přístupy v oblastech lidského myšlení se objevuje koncem 30. let 20. stol. U Thorndika, jenž zavádí pojem QOL (Quality of Life) do psychologie. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Pojem „kvalita života“ poprvé zmínil Pigou v roce 1920 v práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. Nesetkal se však s ohlasem a pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce. V této době byl pojem kvalita života uveden do politiky americkým prezidentem J. F. Kennedym. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7)

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu. Tato organizace založena v roce 1968 ve Švýcarsku odsuzovala zbrojení a hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 7)

V 70. letech vyšlo množství publikací, které se zabývaly definováním pojmu kvalita života, došlo k založení časopisu „**Zkoumání sociálních indikátorů**“, který od roku 1974 vycházel v USA a Nizozemí. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 8)

První faktory ovlivňující kvalitu života vymezil W. Forrester: zabezpečení potravinami, finance, zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí, hodnota růstu počtu obyvatel. Toto vymezení upřesnila a rozšířila OSN v roce 1961, kdy přijala 12 faktorů a označila je jako „*podmínky života*“: stav ochrany zdraví, životní prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda. (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 8)

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejíce z různých koncepčních rámců pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. (Payne, a kol., 2005, s 207)

V České republice je pojem kvalita života spojován s Psychiatrickým centrem v Praze – s E. Dragomireckou, s I. Lékařskou fakultou UK v Praze – centrem lékařské etiky, s J. Křivonohým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let 20. století, a dalšími odborníky. (Vad'urová, Mühlpachr, 2005, s. 9)

5.2 Teoretická vymezení kvality života

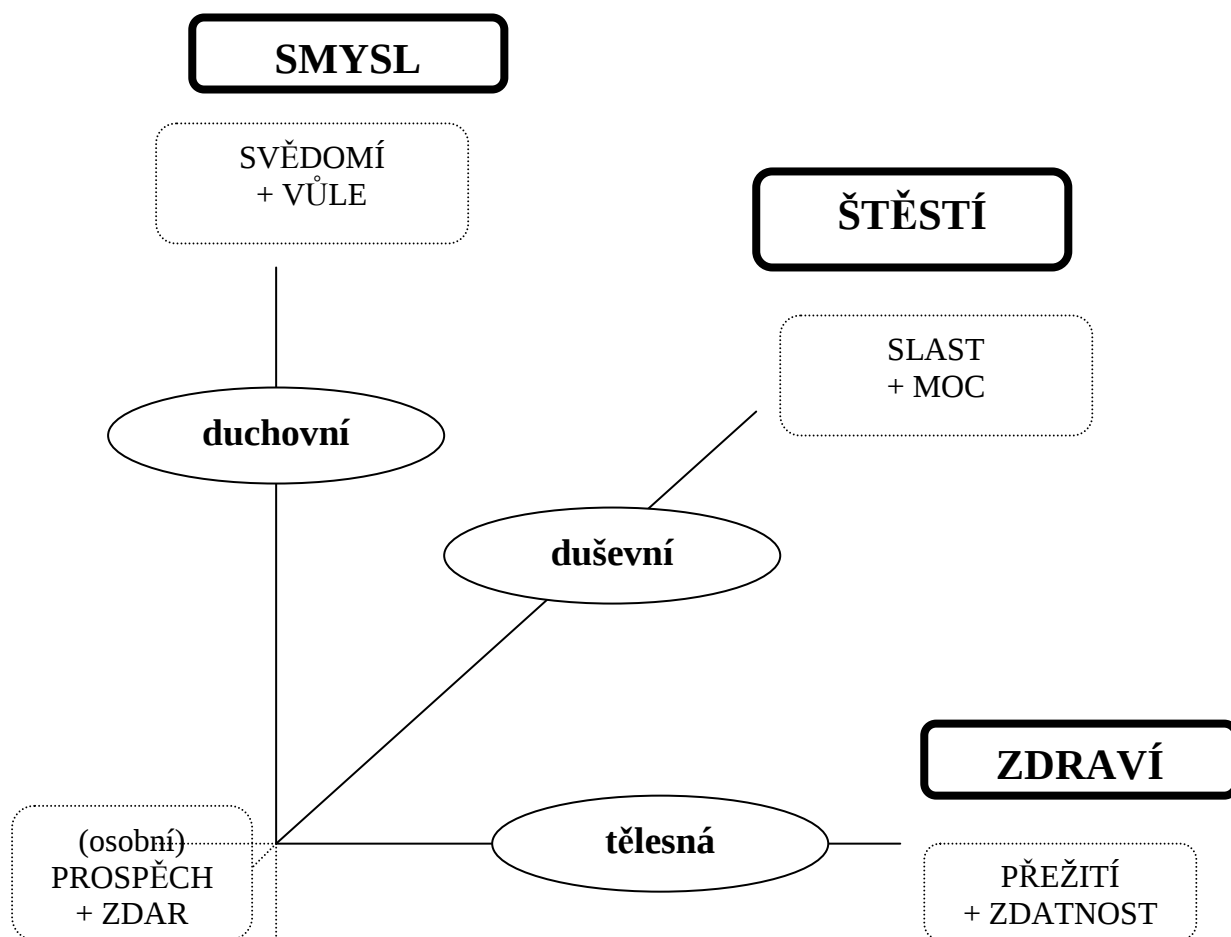
Křivohlavý in (Mátl, Jabůrková, 2007, s. 34) připomíná, že slovo kvalita je odvozeno od latinského *qualis* a to zase od kořene *qui* – *kdo?*, ve významu, *kdo to je?*, případně *jaké to je?* V češtině kořen slova *Kdo* – *k* nám vede ke slovům typu *kéž* či *kýžený*, tj. žádoucí stav. Kvalita je tak intuitivním pojmem – jako kvalitní jsou vnímány švýcarské hodinky, německá auta, japonská elektronika apod. Za kvalitnější považujeme to, co je individuální, šité na míru. (Mátl, Jabůrková, 2007, s. 34)

Pojem *kvalita života* můžeme všeobecně chápat jako **úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému**. Týká se hlavně naplnění životních potřeb a spokojenosti v životě. (Jesenský, 2000, s. 81)

Jozef Džuka rozlišuje **subjektivní kvalitu života** – na základě individuálního úsudku hodnocené podmínky života osoby (toto kognitivní hodnocení naplňuje konstrukt individuálním obsahem) a **subjektivní pohodu** – emocionálním systémem hodnocené podmínky vlastního života (frekvence pozitivních a negativních emocí). Přitom objektivní kvalita života – objektivní podmínky života osoby nejsou objektem psychologického výzkumu. (dostupné na World Wide Web: kvalitazivota.vubp.cz/prispevky, cit. 12. 8. 2008)

Karel Balcar ve svém příspěvku „Realita svědomí: psychologická nebo existenciální?“ při zkoumání svědomí nastoluje „obraz člověka jako vícerozměrné bytosti, vnějšně spjaté s jejím okolím vzájemným vlivem, jehož prostředím z hlediska člověka je jeho vlastní chování, a vnitřně nabývající tří základních kvalit – hmotné v tělesném rozměru, prožitkové v duševním a volné v duchovním čili existenciálním. Tyto různé kvality lidského života lze rozlišit vedle jiných hledisek i jejich rozdílným zakotvením pomocí vůdčích pohnutek a nástrojů, které se v jejich rozměru uplatňují – tedy tím, oč člověku po této stránce v životě obecně jde. Zde vybrané znaky (viz následující schéma č. 1) jsou ovšem jen výběrem z řady dalších, které jsou pro každý lidský rozměr příznačné.“

Schéma č. 1: **Vnitřní rozměry člověka**



(dostupné na World Wide Web: <http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky>, cit. 12. 8. 2008)

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu jako **jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám**. Jedná se o velice široký koncept, **multifaktoriálně**

ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Z definice zdraví dle WHO vychází Nagpal, který definuje kvalitu života jako **komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.** (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

Zannotti M. 2001 (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) chápe kvalitu života **jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.** (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Kirby 1997 (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11) vymezuje kvalitu života **jako prožívání života, v němž jsou uspokojována jeho individuální psychologická a fyzická přání a potřeby. Kvalita života je výsledkem osobních hodnot a životního stylu, skrze něž se je jedinec snaží naplnit.** (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 12)

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako **stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.** Možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. (Payne a kol., 2005, s 208)

Kvalita života bývá vymezována nesčetnými způsoby, od velmi obecných definic, **např. schopnost vést normální život, seberealizace, atp., až po komplexnější definice,** které se zaměřují na jeden určitý aspekt kvality života. (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 13)

5.3 Dimenze kvality života

Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatelé zdraví byly dlouho

považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci. ((Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Objektivní a subjektivní dimenze kvality života

Řada odborníků uvádí, že subjektivní a objektivní dimenze quality of life (dále QOL) vycházejí z rozdílných základních konstruktů

Kvalitu života lze rozdělit:

- **Objektivní kvalita života** – sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.
- **Subjektivní kvalita života** – se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.

Subjektivní i objektivní hodnocení QOL poskytují odlišná data, obě jsou však nepostradatelnou součástí celkového hodnocení.

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 17)

Vnější a vnitřní činitelé kvality života

Kvality života představují velmi rozsáhlou oblast činitelů, které umožňují handicapovaným lidem žít jednak v prostředí intaktní společnosti, tj. integrovaně, ale také v prostředí minoritní kultury specificky uzpůsobené pro život handicapovaných příslušné skupiny, tj. segregovaně. Tyto činitelé, rozdělujeme, na dvě velké skupiny: vnitřní a vnější.

K vnitřním činitelům, vytvářející změny v kvalitách života handicapovaných, patří jejich somatické a psychické vybavení, alterované defektem, poruchou, disaptibilitou, handicap. Vše to co podmiňuje rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

Vnější činitelé kvalit života handicapovaných představují podmínky jejich existence v oblastech: přírodně ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní a ekonomické, materiálně technické. (Jesenský, 2000, s. 81)

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu a věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- **Fyzické zdraví a úroveň samostatnosti** – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.
- **Psychické zdraví a duchovní stránka** – sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.
- **Sociální vztahy** – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.
- **Prostředí** – finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima) atp.

Koncept kvality života zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí a možnosti udržování a zlepšování schopností a vědomostí.

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 18 - 19)

5.4 Měření kvality života

Jedním z typických jevů v současném světě je stárnutí populace, jehož důsledkem je zvyšující se procento chronicky nemocných. Současné trendy v péči o nemocné lze charakterizovat jako odklon od sledování projevů nemoci k důrazu na člověka, od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality, od objektivních měřítek k subjektivním ukazatelům.

Kirby 1997 (in: Dragometrická, Škoda, 1997, s. 425) poukazuje na to, že kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv:

- Jako objektivní měření sociálních ukazatelů.
- Jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem.
- Jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi.

K prvnímu bodu poznamenává, že ukazatelé jako bezpečnost, vzdělávání, stability atd., se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života než pro jednotlivce. Celkovou spokojenost považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu. Pokud jde o třetí bod, nezahrnuje životní úroveň samu o sobě, ale spokojenost se životní úrovní.

(Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 39).

5.4.1 Principy měření

Měření je proces přiřazování čísel objektům nebo událostem podle určitých pravidel. Měření je explicitní, organizovaný plán pro klasifikaci a hodnocení dat v rámci základního konceptu. Měření je obvykle realizováno na těchto úrovních:

1. *poměrová*
2. *intervalová* – rozdíly mezi proměnnými jsou měřitelné
3. *ordinální* – proměnné mohou být seřazeny
4. *nominální* – proměnné mohou být pouze vyjmenovány, nejslabší.

Škála je soubor symbolů nebo číslic, které jsou sestaveny tak, že symboly nebo číslice stanoveným způsobem korespondují s charakteristikami jedince. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 40)

5.4.2 Vlastnosti měřicích technik

Součástí měření je používání pravidel pro přiřazování čísel jednotlivým rysům objektů a celků. Při měření je důležité používat vlastnosti jako je **reliabilita** a **validita**.

Reliabilita techniky měření je míra, do níž měření poskytuje konsistentní, reprodukovatelné odhady toho, co je považováno za základní pravdivé skóre. Umožňuje zkoumání příčin odlišnosti v hodnotách, včetně odchylek vzniklých na základě chyby měření. Reliabilita může být hodnocena použitím několika různých pokusných projektů.

- **Test-retest reliability**
- **Reliabilita vnitřní struktury**
- **Reliabilita oddělených polovin**

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 40 - 44)

Validita je úzce spjata s reliabilitou. Jedná se o nejdůležitější psychometrický ukazatel, platnost testu, která vypovídá o jeho praktické užitečnosti a udává, zda test skutečně měří zamýšlený konstrukt. Validita nevypovídá o daném nástroji měření, ale o tom, zda dané interpretace hodnot jsou dobře podloženy. Validita je tedy korelací mezi testem a vnějším kritériem. (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 45 - 46)

Hlavní typy validity jsou:

- *Zjevná* – Zdá se, že nástroj měří daný koncept?
- *Obsahová* – Jsou jednotlivé složky nástroje adekvátní a reprezentativní pro daný koncept?
- *Kriterium* – Má měření nějaký vztah k jiným měřením toho samého konceptu nebo fenoménu?
- *Souběžná* – Existuje korelace mezi dvěma měřeními stejného konceptu ve stejném čase?
- *Predikční* – Existuje korelace mezi měřením a dalším budoucím měřením stejného nebo podobného konceptu?
- *Konstruktová* – Je zkoumaný konstrukt daným nástrojem měřen adekvátně?

Validita nevypovídá o daném nástroji měření, ale o tom dané interpretace hodnot jsou dobře podložené. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 45 - 46)

5.4.3 Rozdělení nástrojů měření kvality života

Existuje značné množství metod pro měření kvality života. Metody měření kvality života můžeme rozdělit podle:

1. **objektivnosti**
2. **zaměření**
3. **měření u běžné populace** (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 53)

Rozdělení nástrojů měření podle objektivnosti

Měření se může rozdělit do tří základních skupin:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba – **objektivní**, zde patří např. APACHE II, The Karnofský Performance Scale, Visual Analogue Scale – VAS, index kvality života – ILF, Spitzer Duality of Live index – QL,.
- Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba – **subjektivní**, patří zde např. metoda SEIQoL, SEIQoL-DW, dotazník SQUALA.
- Metody **smíšené**, vzniklé kombinací metod typu 1, 2, patří zde např. MANSA.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 53 - 64)

Rozdělení nástrojů podle jejich zaměření

Měření se může rozdělit:

- Nástroje pro měření funkčního stavu – je jednou z nejběžnějších metod hodnocení výsledků péče v širším smyslu je hodnocení schopností osob vykonávat každodenní činnosti, patří zde např. The Index of Activities of Daily Living, The Duality of Well-Being Scale (QWBS),
- Nástroje pro měření kvality života vzhledem ke zdraví (HRQOL), patří zde např. nástroje měření Světové zdravotnické organizace WHOQOL – 100, WHOQOL – BREF, MOS Core Measures, dotazník SF – 36, The EuroQol Instrument – EQ – 5D, The Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP),
- Nástroje pro měření psychické pohody – existuje velké množství, zejména pro zjišťování běžných psychiatrických poruch: úzkost/deprese, demence a zmatenost, patří zde např. Hamilton Depression Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), The Geriatric Mental State (GMS).
- Nástroje zaměřující se na sociální síť a sociální podporu
- Nástroje měřící životní spokojenost a morálku

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 67 - 81)

Fenomén kvality života je předmětem výzkumu několika odlišných vědních oborů. Z pohledu medicíny se jedná o snahu poskytovat co nejefektivnější léčbu, která povede k celkové spokojenosti pacienta i zdravotnického personálu, a dosahovat optimálních léčebných výsledků v minimálním časovém rozpětí. Sociologické hledisko zdůrazňuje úzkou provázanost QOL s životním způsobem, stylem a potřebami. Psychologický pohled se zaměřuje mj. na kvalitu života nevyléčitelně nemocných pacientů, u nichž jsou fundamentálními kategoriemi např. autonomie, sebeúcta a spokojenost. Zásadní změnou oproti předchozím desetiletím je upřednostnění duchovních aspektů před konzumní stránkou života v ekonomicky vyspělých zemích.

(Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 130)

Praktická část

Praktická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola se zabývá metodologickými východisky, je věnována charakteristice vzorku zařízení, kde byl průzkum prováděn. Druhá kapitola pojednává o výsledcích průzkumu a jejich interpretaci.

6 Metodologická východiska

Metodologická východiska vycházejí ze stanovení cílů a úkolu šetření, které bylo provedeno metodou rozhovoru a z charakteristik šetřených souborů. Celkové šetření probíhalo anonymně. Sami respondenti o toto žádali.

6.1 Cíl a úkoly šetření

Cílem praktické části bylo získat poznatky (informace), o kvalitě života osob s mentálním postižením v zařízeních sociální péče. Zajímaly nás především názory uživatelů na jejich osobní, životní zkušenost k poskytované podpoře v sociálních službách, které jsou jejich domovem. Další oblastí bylo zmapovat, jak jsou lidé s mentálním postižením v zařízeních sociální péče spokojeni, zda využívají poskytované služby nebo mají-li nějaké výhrady k podpoře, která je jim poskytována.

6.2 Metody šetření

Šetření bylo realizováno dle rozhovorového schématu.

Rozhovor (interview) je explorativní metoda náročná na zkušenost, komunikační dovednost a osobnostní vlastnosti diagnostika i míru empatie, který by měl vždy akceptovat taktnost a ohleduplnost při řízení interview. Dělí se na volný, řízený a kombinovaný podle míry strukturalizace a standardizace, a cílů na anamnestický, zaměřený na vývojové a zdravotní aspekty, a specializovaný, sledující motivaci jednání, postoje, vědomosti atd. klienta. V případě strukturovaného rozhovoru musí být připravené alternativní otázky, přičemž všechny otázky musí být klientovi „ušité na míru“, tj. vycházet z jeho věku mentálního a také z druhu, typu a stupně postižení. (Renotiérová, Ludíková a kol., 2005, s. 135)

Chráska (2000 in Renotiárová, Ludíková a kol., 2005), navrhuje následující pravidla pro konstruování a řízení interview:

1. „Rozhovor by měl probíhat za vhodné situace (nejlépe v přirozeném prostředí klienta).
2. Rozhovor se doporučuje zahajovat nejobecnějšími otázkami.
3. Úroveň motivace je pro vedení rozhovoru podstatná.
4. Důležité je zvolit si formu přesného záznamu interview – zapisování poznámek během rozhovoru nese riziko faktoru vytvoření nepříznivé atmosféry, proto je vhodnější volit formu *ex post* záznamu či využít skrytého axiálního či videozáznamu“. (Chráska 2000 in Renotiárová, Ludíková a kol., 2005, s. 135)

Rozhovorové schéma bylo uskutečněno s 8 respondenty. Jednalo se o ženy s lehkou mentální retardací ve věkovém rozmezí 30 – 35 let, v zařízení domov pro osoby se zdravotním postižením. Rozhovorová metoda probíhala v klidné a přátelské atmosféře, v místní klubovně. Byla to menší místnost. Nejdříve se jednalo o skupinové sezení, kde byly vysvětleny základní informace týkající se rozhovoru, byly ukázány obrázky, které s touto metodou souvisí. Z počátku se respondentkám nechtělo moc spolupracovat, ale po delším vzájemném navázání kontaktu došlo ke spolupráci. Potom rozhovorová metoda probíhala s každou respondentkou již zvlášť. Každá respondentka měla možnost si vybrat oblast, která byla pro ni obohacující a o které chtěla sama více hovořit, byla pro ně svým způsobem nejoblíbenější. Rozhovorová metoda byla často vedena i neformální formou (tzv. volnou), kdy respondentka se podělila i o informace, které nesouvisely přímo s položkami daného rozhovoru. Bylo to přínosnější i v tom, že byla navozena atmosféra důvěry. Tyto rozhovory byly realizovány každodenním docházením do daného zařízení. Rozhovor probíhal po etapách s respondentkami, které se střídaly podle zájmu a podle délky soustředění. Když se cítila některá respondentka unavená, rozhovor skončil. Pokračoval následující den. V průběhu rozhovoru probíhalo i nezávislé pozorování, které se zaměřilo na úroveň vyjadřování, řeč a sociální chování člověka s mentálním postižením.

Při skončení rozhovoru v tomto zařízení, respondenty přichystaly malé občerstvení, na kterém se samy podílely, a vzájemně jsme se rozloučily.

Rozhovorové schéma, bylo také rozesíláno e-mailovou poštou, kde byly jasně dané instrukce pro vyplňování, a bylo zprostředkováno prostřednictvím třetí osoby. Prostřednictvím třetí osoby bylo kontaktováno 42 respondentů v pásmu lehké mentální retardace a v pásmu středně těžké mentální retardaci, ve věkovém rozmezí 27 – 62 let. Pracovníci v zařízeních,

potom se svými uživateli sami toto rozhovorové schéma vyplňovali a byli jim velice nápomocni. Ne každý uživatel byl schopen porozumět danému tématu. Pracovníci, kteří spolupracovali s respondenty, byly většinou pracovníci přímé péče a sociální pracovníci, kteří respondenty dobře znají a vědí o jejich potřebách.

Položky rozhovorového schématu, byly otevřené. Pro lepší vyhodnocení jsme je upravili i do uzavřených položek. Rozhovorové schéma, je součástí přílohy č. 4.

Uzavřené položky - položky nabízejí tázanému volbu mezi dvěma či více možnými odpověďmi, např. ano – ne – nevím. V rozhovorovém schématu jich bylo 68.

Otevřené položky - dávají odpovědím tázaného širší vztahový rámec. V rozhovorovém schématu jich bylo 28.

6.3 Průběh šetření

Šetření probíhalo v sedmi pobytových zařízeních sociální péče v Bruntálském regionu. Z dat získaných v rozhovorovém schématu byl vytvořen doslovný přepis. Aby bylo chráněno soukromí a anonymita respondentů, byla z jejich jména použita pouze první písmena.

Pro rozhovorové schéma jsme stanovili 96 položek. Položky v těchto metodách byly rozděleny do 6 oblastí. Hlavním smyslem výše uvedených metod, bylo zjistit co možná nejpresnější údaje v těchto oblastech:

1. Zdraví a úroveň soběstačnosti
2. Vztahy (rodina, přátelé, vztah k ostatním lidem,..)
3. Bydlení (domov, byt, pokoj, ..)
4. Vzdělávání (škola, učení)
5. Volnočasové aktivity (záliby, oblíbená činnost – kino,..)
6. Služby (lékař, doprava, asistence, poradenství, obchody,..)

Rozhovorové schéma bylo respondentům distribuováno v měsíci listopadu a prosinci 2009 a lednu 2010. V měsících únoru a březnu 2010 došlo k zpracování výsledků.

Pro potřeby diplomové práce byly stanoveny následující kritéria:

- osoby s lehkým mentálním postižením a středně těžkým mentálním postižením (osoby s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení by nebyli schopni odpovědět na rozhovorové schéma)
- věkové rozmezí od 18 let – neomezeně (jedná se o dospělé osoby)
- zaměření na Bruntálský region (diplomová práce je zaměřena na Bruntálský region)

Vybrán byl skutečný vzorek

- jednalo se o muže a ženy
- věkové rozmezí 27 – 62 let
- jednalo se o uživatele s lehkou mentální retardací a se středně těžkou mentální retardací,
- na základě seznamu zařízení sociálních služeb, vydané Ministerstvem práce a sociálních věcí v Bruntálském regionu,

Získané informace jsme poté upravili, vyhodnotili a vyvodili z nich závěry. Pro přehlednost byly údaje zpracovány do tabulek a grafů. Byly použity procentuální výpočty dat. Respondenti pochází pouze z pobytových zařízení, z důvodů validity šetřeného vzorku, kde bylo možno anonymně oslovit větší počet respondentů. Charakteristika jednotlivých druhů zařízení poskytovatelů sociálních služeb bude podrobněji popsána v následující kapitole.

6.4 Charakteristika zařízení, kde byl průzkum realizován

Níže uvedené pobytové zařízení sociálních služeb byly vybrány podle kritérií, které jsou uvedeny v kapitole 6.3 průběh šetření. Jedná se o zařízení, kde hlavními uživateli jsou osoby s mentálním postižením. Spolupráce s těmito zařízeními byla na profesionální úrovni. Projevili hluboký zájem o spolupráci. Některá zařízení by také chtěla být seznámena s výsledky tohoto šetření. Je to pro ně vhodná zpětná vazba, jedná se o vztah mezi poskytovatelem a uživatelem.

6.4.1 Harmonie

Harmonie, příspěvková organizace, se sídlem v Krmově, poskytuje celoroční pobytové služby.

Cílová skupina:

- ženy s mentálním postižením,
- především Moravskoslezského kraje,
- od 18 let věku, bez omezení horní hranice věku, které vzhledem ke svému postižení nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Umožňuje těmto ženám s mentálním postižením prožít aktivní a důstojný život.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §14 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách.

Klade důraz na:

- individuální přístup k lidem s mentálním postižením
- rozvoj soběstačnosti
- respektování potřeb a přání klientů
- využívání běžných služeb veřejnosti
- zapojení do běžného života ve společnosti

Poskytované služby v tomto zařízení:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněné bydlení
- Rehabilitační dílna (dostupné na World Wide Web: <http://www.usp-harmonie.cz/>, cit. 21. 12. 2009)

6.4.2 Centrum pro mentálně postižené Sagapo

Sagapo je centrum pro mentálně postižené je jediným poskytovatelem rezidenčních služeb pro lidi s mentálním postižením v Bruntále. Vzniklo v roce 1991 v Bruntále. Až do roku 2000 poskytovalo služby pouze v rámci denních a týdenních pobytů, tyto služby využívalo 20 klientů z bývalého okresu Bruntál. V roce 2000 se činnost rozšířila o chráněné bydlení pro 7 dospělých klientů a to mužů i žen s mentálním postižením. Nabídka služeb se rozšířila o rehabilitace, celoroční pobyt, rehabilitační dílny a asistenční služby. Kapacita zařízení je 32 míst.

Cílová skupina:

- ženy a muži
- ve věku 6-25 let a 26-60 let,
- s primárním mentálním postižením a přidruženými vadami nebo poruchami autistického spektra

Sagapo centrum pro mentálně postižené je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje a zajišťuje tyto služby:

- bydlení
- výchovně vzdělávací služby
- pracovní rehabilitace
- podpora a aktivace klienta
- odborné poradenství
- asistence
- rehabilitace
- integrace

(dostupné na World Wide Web: <http://www.bruntal.net/2005060701-sagapo-centrum-pro-mentalne-postizene>, cit. 21. 12. 2009)

6.4.3 Krajánek

Krajánek je příspěvková organizace, se sídlem v Městě Albrechticích. Je zaměřena na osoby s mentálním postižením.

Cílová skupina:

- s lehkým, středním a těžkým stupněm mentálního postižení,
- s mentálním postižením a přidruženými kombinovanými vadami /lehčí formy DMO, epilepsie, kardiovaskulární onemocnění, poruchy řeči, získaná hluchota/,
- mobilním nebo s lehčím postižením motoriky,
- zbaveným způsobilosti k právním úkonům nebo jeho omezením,
- starším 18 let

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §14 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách.

V tomto zařízení nejsou uživatelé zařazeny do oddělení, ale dle svých zájmů a stupně postižení jsou rozděleni do skupin v terapeutických dílnách v rámci aktivizačního programu – košíkářská, stolařská, keramická, tkalcovská a arteterapeutická dílna. Scházejí se zde uživatelé různého stáří, ale hlavně různě zkušený, manuálně zruční a s různým stupněm dovedností. Nejsou tam na stejné úrovni, proto se je snaží vhodně a úměrně zaměstnat, především nenásilně motivovat k činnosti. (dostupné na World Wide Web: <http://www.krajaneck.wz.cz/main.html>, cit. 22. 12. 2009)

Odpoledne si uživatelé mohou vybrat z nabídky činností volnočasových aktivit, která se každodenně obměňuje. Rozdělením dne na pracovní povinnosti a zájmové aktivity se snaží vedení zařízení život svých uživatelů co nejvíce přiblížit životu běžné populace. Zařízení poskytuje sociální služby jako domov pro osoby se zdravotním postižením.

(dostupné na World Wide Web: <http://www.krajaneck.wz.cz/main.html>, cit. 22. 12. 2009)

6.4.4 Domov jistoty Devětsil

Cílová skupina se vytvořila již v minulých letech. Domov jistoty Devětsil získal statut náročné ošetrovatelské péče v roce 1996 a to z důvodu skladby klientů podle zdravotního stavu. Převládali uživatelé s demencí, Alzheimerovou demencí a jinými nemocemi stáří souvisejícími s duševním zdravím člověka. Vzhledem k stavebnímu uspořádání objektu jsou uživatelé služby pouze ženy. (dostupné na World Wide Web: <http://www.ddjeznik-devetsil.org/index.php?r=obecne-informace>, cit. 22. 12. 2009)

Zřizovatelem Domova jistoty Devětsil je Město Krnov. Do tohoto zařízení, jsou při příjmu upřednostňováni obyvatelé z Krnovského regionu.

Věková struktura cílové skupiny:

- mladší senioři (65 - 80 let)
- starší senioři (nad 80 let)

Cílová skupina:

- osoby se stařeckou demencí,
- osoby s Alzheimerovou demencí,
- osoby s ostatními typy demencí,
- osoby se stabilizovaným duševním onemocněním,
- osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §16 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách. (dostupné na World Wide Web: <http://www.ddjeznik-devetsil.org/index.php?r=obecne-informace>, cit. 22. 12. 2009)

6.4.5 Naděje, příspěvková organizace Jindřichov

Naděje, příspěvková organizace poskytuje ubytování i pomoc v běžných životních úkonech občanům se zdravotním postižením, kteří vzhledem ke svému handicapu a nedostupnosti terénních služeb a rodinné podpory nemohou žít ve svém přirozeném sociálním prostředí.

V celoročním pobytovém zařízení lze umožnit klientům prožít aktivní a důstojný život s vazbami na rodinu a veřejné služby v obcích Mikroregionu Krnovska. Poskytováním individuální pomoci a péče se snaží zachovat a rozvíjet jejich nezávislost a samostatnost. (dostupné na World Wide Web:<http://domovsdopomoci.cz/html/sluzby.aspx>, cit. 28. 12. 2009)

Cílová skupina:

- osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením,
- od 12-ti do 55-ti let.

Cíle zařízení:

- **Poskytovat** individuální péči mladým lidem, která vede k co největší samostatnosti a nezávislosti.
- Dospělým lidem zajistit co největší možné zapojení do běžného života a rozhodování o Svém životě. Odstraňovat rizika vyplývající z života v ústavní péči.
- **Zajistit** klientům důstojné zacházení, důstojné prostředí a přiměřenou aktivitu.
- **Vytvářet** podmínky přibližující se podmínkám domova a respektovat klienty.
- **Odstranit** neúčelnou a nadměrnou péči, která zabraňuje v rozvoji dovedností klientů.
- **Zlepšit** týmovou spolupráci všech pracovníků, prosadit změny v jejich myšlení a chování, zdokonalit systém řízení organizace, rozdělit pravomoci mezi jednotlivé pracovníky s jasným popisem povinností a aktivit.
- **Podporovat** zvyšování kvalifikace zaměstnanců organizace.
- **Zajistit** klientům využití veřejných služeb, odpovídající vzdělávání a běžné pracovní zařazení.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §14 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách. (dostupné na World Wide Web:<http://domovsdopomoci.cz/html/sluzby.aspx>, cit. 28. 12. 2009)

6.4.6 Zámek Nová Horká

Zámek Nová Horká je příspěvková organizace, která poskytuje sociální služby ženám s mentálním postižením. Zařízení poskytuje uživatelům sociální i zdravotní péči a v souladu se zásadami a cíli služby podporuje uživatele při naplňování jejich potřeb a oprávněných zájmů.

Cílová skupina:

- ženy s mentálním postižením (střední a těžkou mentální retardací),
- z Moravskoslezského kraje,
- s přidruženou tělesnou vadou, s pohybem pomoci kompenzačních pomůcek

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §14 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách.

Cíle zařízení:

- snižovat nepřiměřenou závislost uživatelů na sociální službě
- podporovat uživatele v dosažení běžného způsobu života srovnatelného se životem majoritní společnosti
- odbourávat předsudky
- připravit uživatele na samostatné uplatňování svých zájmů

(dostupné na World Wide Web:<http://www.zameknovahorka.cz/info4.php>, cit. 28. 12. 2009)

6.4.7 Domov pro osoby se zdravotním postižením Osoblaha

Domov pro osoby se zdravotním postižením je součástí Domova pro seniory Osoblaha. Kapacita služby je 16 klientů. Jedná se o příspěvkovou organizaci, kde zřizovatelem je Obec Osoblaha.

Cílová skupina:

- osoby s tělesným postižením, pohybující se pomoci kompenzačních pomůcek / berle, chodítka, invalidní vozík atd. /
- osoby zcela imobilní - upoutání na lůžko
- osoby se zdravotními potížemi / stomie, vyživovací sondy /
- osoby s částečným smyslovým postižením
- osoby s lehkým mentálním postižením i těm, kteří jsou zbaveni nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům a jejichž opatrovník o umístění požádal.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uvedeny v §14 vyhlášky 505/2006 zákona o sociálních službách.

Cíle zařízení:

- Umožnit uživatelům podílet se na plánování a průběhu sociální služby, která mu je poskytována
- Vytvářet podmínky pro aktivní prožívání volného času a zapojení se volnočasových aktivit
- Udržovat a rozvíjet sebeobslužné dovednosti uživatelů

(dostupné na World Wide Web:[http:// www.osoblaha.cz/domov/index.php?nid=797&lid=CZ&oid=1644346](http://www.osoblaha.cz/domov/index.php?nid=797&lid=CZ&oid=1644346), cit. 28. 12. 2009)

7 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

Sedmá kapitola prezentuje výsledky rozhovorového šetření. Výsledky jsou prezentovány dle pořadí položek (oblastí) v rozhovorovém schématu.

Cílem rozhovorového šetření bylo získat poznatky (informace), o kvalitě života osob s mentálním postižením v zařízeních sociální péče. Zajímal nás především názory uživatelů na jejich osobní, životní zkušenost k poskytované podpoře v sociálních službách, které jsou jejich domovem. Další oblastí bylo zmapovat, jak jsou lidé s mentálním postižením v zařízeních sociální péče spokojeni, zda využívají poskytované služby nebo mají-li nějaké výhrady k podpoře, která je jim poskytována. Mají-li možnost se vzdělávat, jestli mohou trávit svůj volný čas adekvátním způsobem a zda se mohou věnovat svým koníčkům a porovnat kvalitu života osob s mentálním postižením v jednotlivých typech sociálních zařízení

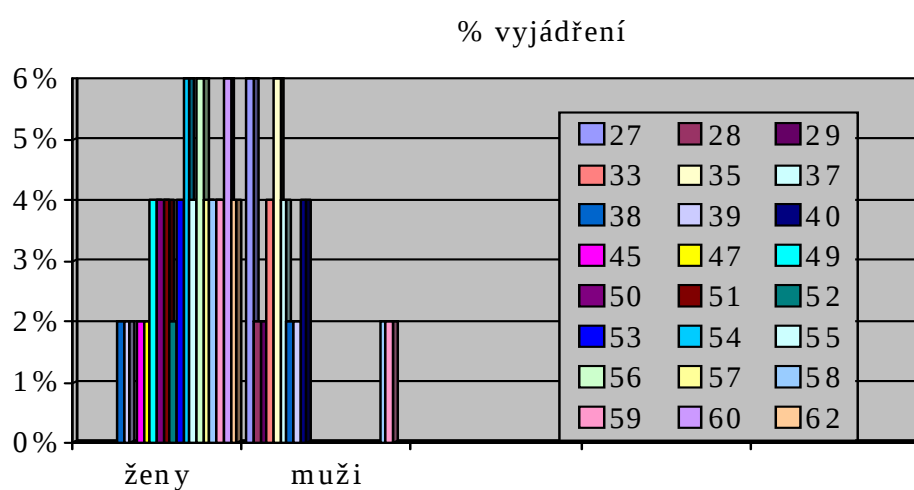
7.1 Základní údaje o respondentech

První část rozhovoru je zaměřena na základní údaje o respondentech. Celkem bylo osloveno 50 (100%) respondentů, z toho počtu bylo 32 (64%) žen a 18 (36) mužů. Všichni respondenti byli svobodní. Věkové rozmezí bylo u mužů od 27 – 60 let, u žen od 38 – 62 let. Nejvíce oslovené ženy, byly ve věkovém průměru 54 let a muži ve věkovém rozmezí 38 let.

Tabulka č. 1 Věkové rozmezí respondentů.

Věk	Ženy	Muži
27		3
28		1
29		1
33		2
35		3
37		2
38	1	1
39	1	1
40		2
45	1	
47	1	
49	2	
50	2	
51	2	
52	1	
53	2	
54	3	
55	2	
56	3	
57	2	
58	2	1
59	2	1
60	3	
62	2	
Celkem	32	18

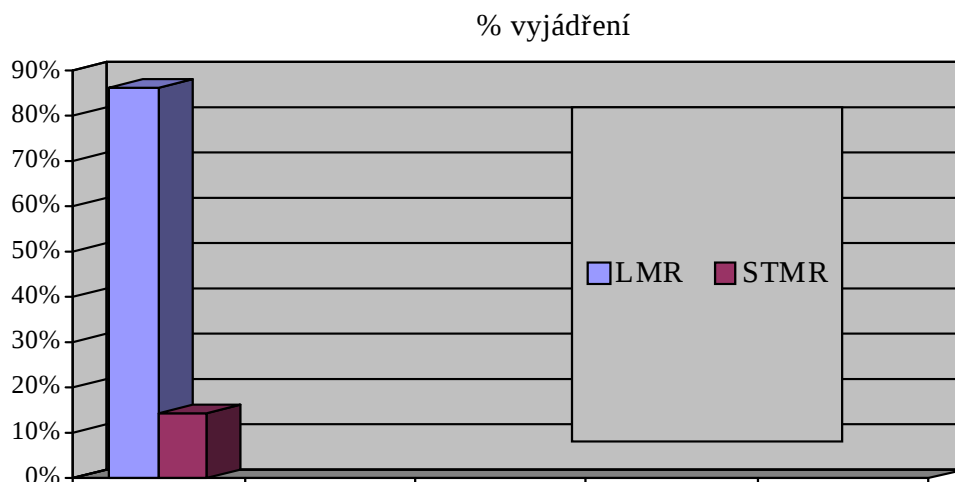
Graf č. 1 Věkové rozmezí



Tabulka č. 2 Hloubka postižení respondentů.

Hloubka postižení	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Lehká mentální retardace (dále jen LMR)	43	86 %
Středně těžká mentální retardace (dále jen STMR)	7	14 %
Celkem	50	100%

Graf č. 2 Hloubka postižení respondentů.



Z tabulky č. 1 a z grafu č. 1 je patrné, že co se týká hloubky postižení, tak převládají respondenti s lehkou mentální retardací 43 (86%) a respondenti se středně těžkou mentální retardací 7 (14%), kteří jsou zbaveni nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům. Respondenti s lehkou mentální retardací jsou schopni v dostatečné míře komunikovat a soustředit se déle, než respondenti se středně těžkou mentální retardací.

Po zjištění základních identifikačních údajů byli respondenti seznámeni s jednotlivými oblastmi kvality života, ke kterým se vztahují jednotlivé položky rozhovoru. Pro větší

názornost byly respondentům ukázané obrázky, které představují dané oblasti. Tyto obrázky jsou součástí přílohy č. 5. Obrázky, byli respondentům vysvětlené, co který obrázek představuje. Respondenti si potom mohli vybrat, která oblast je pro něj důležitější a prioritní. K ostatním oblastem se potom přistupovalo podle výběru respondenta, tak aby byly zodpovězeny všechny oblasti.

V této diplomové práci jsou oblasti kvality života řazeny podle předlohy dané rozhovorového schématu, které jsme si sami stanovily. Začíná se oblastí zdraví a úrovně soběstačnosti, následují další oblasti, jako jsou vztahy (rodina, přátelé), bydlení, vzdělání, zaměstnání, volnočasové aktivity a zakončené jsou službami.

7.2 Zdraví a úroveň soběstačnosti

V rámci šetření jsme se zaměřili na oblasti zdraví a soběstačnosti na 21 položek pro osoby s mentálním postižením. V těchto položkách se zjišťovalo, zda dotazovaní respondenti jsou spokojeni se svým zdravím, jak se cítí v průběhu šetření, co jim na sobě nejvíce vadí a naopak co se jim na sobě nejvíce líbí, jestli jsou spokojeni se svým vzhledem, jak často prožívají negativní pocity a jestli je na ně někdo z okolí zlý, zda mají nějaké zdravotní problémy a zda si své postižení uvědomují, potřebují-li osobního asistenta, zda je život těší, jestli mají z něčeho strach, zda potřebují pomoc s oblékáním a obouváním, jsou schopni pomoci druhému při oblékání.

V položce č. 18 nás zajímalo, zda respondenti mívají někdy strach. Muži respondenti 18 (36%) uvedli, že strach nemívají. Ženy respondentky 22 (44%) uvedly: „*Ano bojím se tmy*“ (M. K., 54 let), „*Že umřu*“ (T. L., 60 let), „*Že mě někdo přepadne*“ (L. F., 58 let), „*Že nebudu chodit*“ (T. U., 56 let), „*Někdy se bojím, že za mnou přijdou duchové*“ (Ž. D., 57 let), „*Že už nebudu k ničemu*“ (S. S., 55 let), „*Že mi srdíčko přestane tlouct*“ (M. Ž., 62 let). Takto vypadaly nejčastější odpovědi na výše uvedenou položku.

V položce č. 25 jsme se respondentů dotazovali, zda mají osobního asistenta. Respondenti 50 (100%) shodně odpověděli, že ne. Veškeré služby jsou jim poskytovány pracovníky daného zařízení. Jedná se hlavně o pracovníky přímé péče, sociální pracovníky a terapeutky.

To nás utvrdilo i v tom, že při položkách č. 26 a 31 kdy jsme zjišťovali, zda si umí sami něco uvařit vyprat, vyžehlit a zajít nakoupit do obchodu. Respondenti uvedli: „*Ano zkoušel jsem si uvařit a upéct, ale s pomocí paní instruktorky*“ (J. Š., 56 let), „*Ano, s paní vychovatelkou jsem pekla buchty*“ (M. K., 54 let), „*S paní terapeutkou, ale moc mi to nešlo*“ (L. M., 59 let), „*Pomáhám někdy doma mamce, když si mě vezme domů*“ (L. H., 58 let), „*Vařili jsme se sestřičkou topinky, čaj, kávu si zalévám sama, mám ji moc ráda.*“ (L. F., 58 let), „*Cvičíme to se sestřičkami, ale moc mi to nejde. Musím se to ale učit, protože půjdu do chráněného bydlení.*“ (G. L., 60 let)

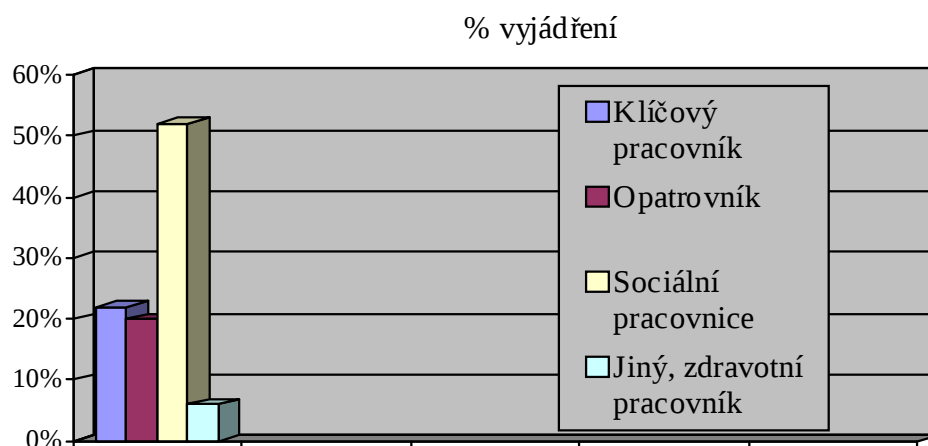
V položce č. 30 jsme se respondentů dotazovali, zda umí obsluhovat televizi, video, hi-fi věž. Respondenti (jak ženy, tak muži) shodně odpověděli: „*Ano, hlavně televizi*“ (J. Š., 56 let), „*Ano, umím i mikrovlnou troubu, televizi si sám zapínám, a můžu si vybrat programy, jaké chci.*“ (M. Z., 28 let)

Což znamená, že respondenti jsou schopni vykonávat určité činnosti, ale musí jim být poskytována pomoc. Jsou to respondenti, kteří jsou již delší dobu v zařízeních sociálních služeb, a jsou zvyklí, že vše jim je do značné míry poskytováno automaticky. Pro tyto respondenty by bylo asi těžké zvykat si na jiný život mimo zařízení. Někteří se připravují na pobyt v chráněném bydlení, tak je pro ně důležité, aby se naučili běžným denním činnostem. Tito respondenti potřebují také pomoc s vyřizováním osobních záležitostí. Jedná se hlavně o vyřizování občanských průkazů, příspěvků na péči, průkazu na městskou hromadnou dopravu, atd.

Tabulka č. 3 Kdo pomáhá s vyřizováním osobních záležitostí.

Osoby poskytující pomoc s vyřizováním osobních záležitostí	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Klíčový pracovník	11	22 %
Opatrovník	10	20 %
Sociální pracovnice	26	52 %
Jiný (zdravotní pracovník)	3	6 %
Celkem	50	100%

Graf č. 3 Kdo pomáhá s vyřizováním osobních záležitostí.



Z grafu č. 2 a tabulky č. 2 vyplývá, že 26 (52%) respondentů využívá služeb sociálních pracovnic, při vyřizování osobních záležitostí. 11 (22%) respondentů uvedlo, že jejich osobní záležitosti vyřizují klíčoví pracovníci, 10 (20%) respondentů uvedlo opatrovníka a 3 (6%) respondentů uvedlo, že pomoc vyhledávají u zdravotního personálu. Jednotliví pracovníci zařízení spolu spolupracují a vyměňují si informace, které jsou důležité pro zkvalitnění života těchto osob v zařízeních sociálních služeb. Spolupráce pracovníků je důležitou součástí individuálního plánování, což je jeden ze standardů kvality sociálních služeb.

Tato oblast pro nás byla přínosem hlavně v tom, že jsme zjistili, že respondenti v pobytových zařízeních jsou schopni zvládat určité úkony samostatně (obsluha televize), některé však s pomocí personálu (obstarávání osobních záležitostí). Oblast zdraví a úroveň soběstačnosti, byla ve výběru respondentů vybrána jako druhá nejdůležitější v životě dotazovaných respondentů.

7.3 Vztahy

Dále jsme se zaměřili na oblast vztahů. Pro zjišťování v oblasti vztahů jsme použili 19 položek. V těchto položkách se zjišťovalo, jaké vztahy dotazovaní respondenti udržují se svými rodinnými příslušníky, zda mají svého nejlepšího kamaráda, či kamarádku.

Ženy respondentky, byly, více stydlivější a méně sdílné v odpovědích, než muži respondenti. Ženám déle trvalo, než se více rozhovořily o svých vztazích, hlavně k opačnému pohlaví. Taky tato oblast byla podle respondentů vyhodnocena až jako šestá nejoblíbenější.

V položce č. 33 jsme se respondentů ptali, zda mají svého nejlepšího kamaráda., Většina respondentů uvedla: „*Ano, mám dva kamarády, s kterými hrajeme různé hry. Jmenují se Jarda a Standa*“ (F. Š., 37 let), „*Mám, jmenuje se Jirka a bydlí se mnou na pokoji*“ (L. Z., 59 let), „*Pavlítku je se mnou na pokoji. Povídáme si, jak se máme, co děláme, a ona se mi nesměje, někdy mi pomáhá, když nemůžu něco říct. Povídáme si spolu každý den*“ (L. F., 58 let). To byly nejčastější odpovědi na výše uvedenou položku. Z položek jasně vyplývá, že kamarády mají respondenti nejčastěji v zařízení, ve kterém žijí, a jedná se většinou o spolubydlící.

V položce 34 jsme zjišťovali, zda se s přáteli vídají často. Respondenti (jak ženy, tak muži) shodně odpověděli: „*Ano, každý den*“ (J. Š. 56 let), tak to bylo ve většině případů. Pouze pár jednotlivců uvedlo: „*Vídáme se nepravidelně a málo.*“ (M. Ž., 62 let). To bylo tehdy, když se jednalo o kamarády z jiných zařízení.

Položkou č. 36 jsme zjišťovali, jak vychází respondenti s matkou, otcem, bratrem, se sestrou, s personálem zařízení s ostatními klienty. Respondenti měli možnost označovat jako ve škole 1 – nejlépe, 5 – nejhůře, vztah k výše uvedeným osobám. Vztah k matce a otci většina respondentů uvedla: „*Matka i otec zemřeli.*“ (J. Š., 56 let). „*Nemám otce, zemřel.*“ (L. Z., 59 let), (A. T., 27 let) „*Nemám matku.*“ „*Nemám otce, zemřel.*“ (M. Z., 33 let)

Respondenti ve svých odpovědích kladně hodnotili vztah ke svým sourozencům, známkou 2 – 3. Vídávají se s nimi o víkendech, o svátcích, o vánocích nebo o prázdninách. „*Jen o víkendech se vídám s bratrem nebo se sestrou. Oni se střídají.*“ (T. U., 56 let). „*Jen o svátcích – vánoce, se sestrou.*“ (Ž. D., 57 let)

Také vztah s personálem hodnotí celkem kladně většinou také známkou 2 – 3 jako ve vztahu k rodině. Jsou to respondenti, kteří většinu svého života žili a žijí v zařízeních

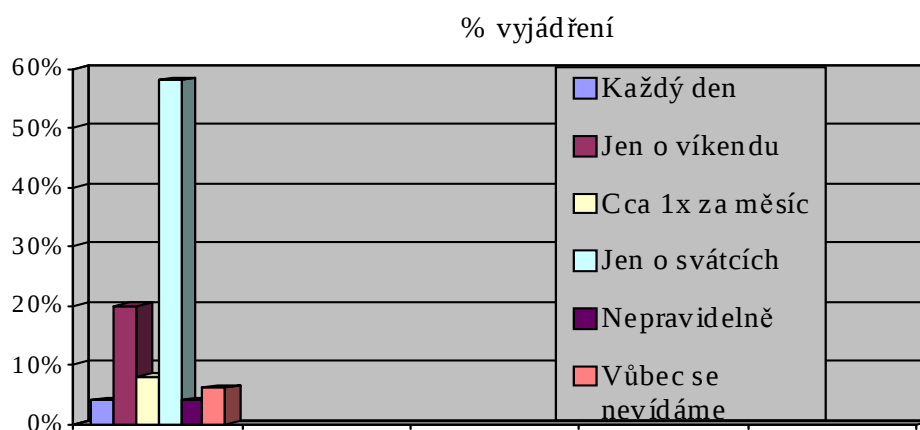
sociálních služeb. „Vychovatelé a jiné pracovníky mám celkem rád. Dávám jim dvojku. To je dobrá známka.“ (L. Z., 59 let). „Sestríčky a všichni jsou hodní.“ (T. F., 39 let)

Našli se i respondenti, jako je (I. M., 35 let), který uvedl: „Nechce se mi odpovídat.“ „Nemám nikoho, žádnou rodinu.“ (V. M., 27 let)

Tabulka č. 4 Četnost kontaktu s rodinou.

Jak často	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Každý den	2	4%
Jen o víkendu	10	20%
Cca 1x za měsíc	4	8%
Jen o svátcích – vánoce, prázdniny	29	58%
Vídáme s velice nepravidelně a málo	2	4%
Vůbec se nevídáme	3	6%
Celkem	50	100%

Graf č. 4 Četnost kontaktu s rodinou.



Důležitou součástí oblasti vztahů byly i vztahy k druhému pohlaví, jestli mají přítele, či přítelkyni a zda udržují partnerský vztah a na jaké úrovni, zda plánují společný život a jsou připraveni na výchovu dětí, znají-li rodinu svého přítele.

V případě položky č. 40 jsme se ptali respondentů, zda mají v současné době přítele/přítelkyni. 28 (56%) respondentů uvedlo, že v současné době má přítele/přítelkyni. Jejich vztah je na úrovni především posílání dopisů, držení se za ruce, popř. líbání. K nekoitálním aktivitám partnerského vztahu se respondenti nevyjádřili. (M. Ž., 62 let) uvedla: „*Chodili, jsem spolu na schůzky*“, „*Posílali jsme si dopisy*“, (J. Š., 56 let), „*Posílali jsme si vzájemné pohledy*“ (A. L., 37 let), „*Drželi jsme se za ruce.*“ (D. K., 35 let)

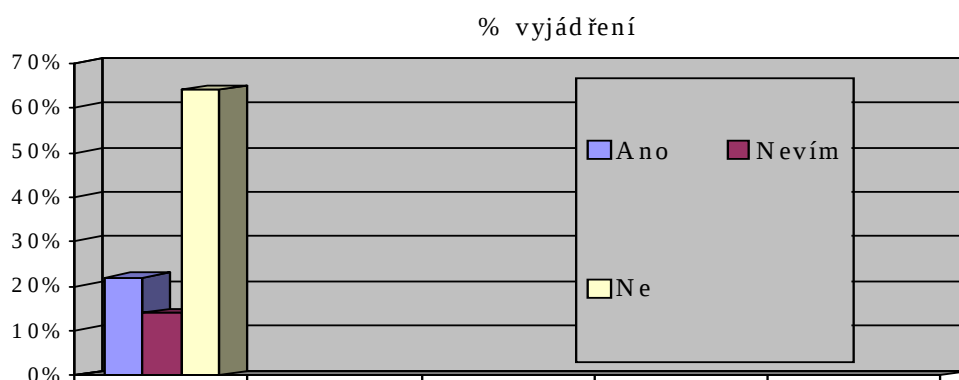
V položce č. 43 jsme zjistili četnost kontaktu s partnerem. Respondenti sdělovali odpovědi: „*Vídáváme se, pouze při společných akcích našeho domova* (F. Š., 37 let), „*Vídáme se velice nepravidelně a málo.*“ (A. T., 27 let), „*Jenom když máme nějakou společnou akci.*“ (T. L., 60 let).

V položce č. 44 jsme se dotazovali, zda plánují spolu společnou budoucnost? Odpovědi jsou zaznamenány v tabulce a grafu.

Tabulka č. 5 Plány společné budoucnosti.

Jak často	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	11	22%
Nevím	7	14%
Ne	32	64%
Celkem	50	100%

Graf č. 5 Plány společné budoucnosti.



Z grafu č. 4 a tabulky č. 4 je patrné, že 32 (64%) respondentů neplánuje společnou budoucnost, 7 (14%) respondentů si není jistá a neví, zda partner je ten s kým by chtěli plánovat společnou budoucnost a 11 (22%) respondentů chce se svým partnerem plánovat společnou budoucnost.

Položkou č. 45 jsme chtěli zjistit, zda respondenti plánují mít společně děti. Respondenti 50 (100%) odpověděli jednoznačně: „Ne“ (J. Š., 56 let), „Ne“ (J. P., 39 let), „Ne“ (F. Š., 37 let). Ženy respondentky hlavně s lehkou mentální retardací jsou si vědomé toho, že by jejich dítě mohlo mít nějaké postižení. O možném postižení byly informovány většinou pracovníky zařízení.

V této oblasti jsme zjistili, že respondenti v pobytových zařízeních jsou schopni navazovat přátelské vztahy, hlavně s kamarády ze zařízení, kde žijí. V položkách, které se týkaly vztahů k rodinným příslušníkům, nám bylo sděleno, že rodiče většinou již zemřeli. Vztahy jsou udržovány pouze se sourozenci a to pře svátky, víkendy nebo prázdniny.

Co se týká partnerských vztahů tak nám 28 (56%) respondentů uvedlo, že partnera mají. Jejich vztah je pouze na úrovni psaní dopisů, držení se za ruce, popř. líbání, které je pouze ojedinelé. 32 (64%) respondentů společnou budoucnost neplánují. Pouze 11 (22%) respondentů uvedlo, že chtějí se svým současným partnerem plánovat společnou budoucnost.

7.4 Bydlení

Položky, které se týkaly bydlení, měly u dotazovaných respondentů značný úspěch. Oblast bydlení považovali za nejdůležitější a stavěli ji na první místo. K oblasti bydlení bylo použito 8 položek.

Snažili jsme se vysledovat, jak jsou spokojeni se svým současným bydlením, nebo zda nepotřebují změnu, kterou si sami přejí. Respondenti pocházejí ze zařízení, jako je domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem a domov pro seniory. Tito respondenti jsou tedy z pobytových zařízení s celoročním pobytem. Některé zařízení byli dříve označováni, jako Ústavy sociální péče. Dotazovaní respondenti jsou v těchto zařízeních většinou již od raného dětství nebo od mladé dospělosti. Nezažili tedy žádnou jinou péči než ústavní, proto nároky na bydlení u nich nejsou až tak důležité. Jsou zvyklí na režim zařízení, a jakákoliv změna je může velice „rozhodit“ a způsobit větší škodu než užitek. I přesto by řada respondentů chtěla změnu.

Položkou č. 56: jsme se respondentů dotazovali, kde by chtěli nejraději bydlet. 24 (48%) respondentů uvedlo, že by chtěli bydlet v chráněném bydlení. Myslí si, že by tam měli větší možnost uskutečnit své zájmy a větší možnost se sami svobodně rozhodovat. I když v zařízeních nejsou nijak omezováni, ale je tam určitý řád, který by se měl dodržovat. „*Měla bych tam klid, nevyrušovali mě.*“ (M. Ž., 62 let), „*Měla bych tam klid.*“ (L. F., 58 let), „*Rodiče nemám a sama se bojím.*“ (G. L., 60 let), „*Chtěl bych se o sebe starat sám*“ (F. Š., 37 let),

12 (24%) uvedlo, že by chtěli žít sami: jak uvedli respondenti (J. Š., 56 let) „*Chci bydlet sám*“, „*Chtěl bych se o sebe starat sám.*“ (A. L., 37 let), „*Chtěla bych bydlet sama s novým klukem*“ (L. K., 53 let), „*Chtěla bych bydlet s Jardou, je moc hodný*“ (S. P., 54 let), „*Se sestrou*“ (A. S., 51 let)

9 (18%) uvedlo, že by chtěli žít doma se svými rodiči a sourozenci. „*Chtěla, bych bydlet u mamky v bytě, ale nemůžu je nemocná*“ (P. H., 49 let), „*Chtěl bych bydlet s tátou a bráchou*“ (M. S., 27 let), „*Chtěl bych spát s bráchou v jeho pokoji*“ (L. Z., 59 let)

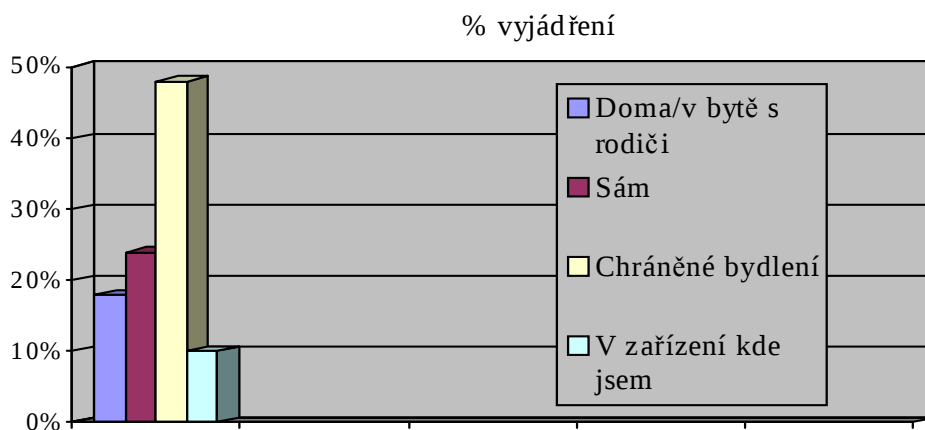
5 (10%) respondentů by chtělo zůstat tak, kde jsou: „*Je mi tady dobře a všechny znám.*“ (T. L., 60 let), „*Tady kde jsem.*“ (M. Z., 28 let), „*Já jsem si tu zvykl a nikam nepůjdu, nemám kde*“ (L. Z., 59 let)

Výše uvedené výsledky jsou zaznamenány v níže uvedeném grafu a tabulce č. 6

Tabulka č. 6 Výběr z možností bydlení, podle zájmu respondentů.

Možnosti bydlení	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Doma/ v bytě s rodiči	9	18%
Sám	12	24%
Chráněné bydlení	24	48%
V zařízení kde jsem	5	10%
Celkem	50	100%

Graf č. 6 Výběr z možností bydlení, podle zájmu respondentů.



V rámci položek zaměřených na bydlení jsme chtěli zjistit, kde by si respondenti nejvíce přáli bydlet. Jak z tabulky a grafu vyplývá tak nejvíce respondentů by si přálo bydlet v chráněném bydlení. Některým respondentům muselo být vysvětleno, co to vůbec chráněné

bydlení je. Toto vysvětlení bylo důležité proto, že někteří respondenti žijí celý život v pobytovém zařízení a neznají žádný jiný druh bydlení pro tak postižené osoby jako jsou výše uvedení respondenti.

Některým respondentům by, ale stačilo, kdyby měli pokoj sami pro sebe, bez spolubydlícího.

7.5 Vzdělání

Výchovu a vzdělávání osob s mentálním postižením, chápeme v současné době jako celoživotní proces. Teoretická část seznamuje se vzděláváním v dospělém věku. V rámci rozhovorové části jsme se zaměřili i na oblasti jiného vzdělávání jako jsou **mateřská škola, speciální třídy při mateřských školách.**

Žáci s mentálním postižením navštěvují tyto typy škol: **základní škola, základní škola praktická, základní škola speciální, třídy pro žáky se zdravotním postižením při základní škole.** V těchto typech škol žáci vykonávají povinnou školní docházku.

Dále může probíhat vzdělávání v rámci profesní přípravy na těchto typech škol: **praktická škola s dvouletou přípravou, praktická škola s jednoletou přípravou, odborná učiliště.**

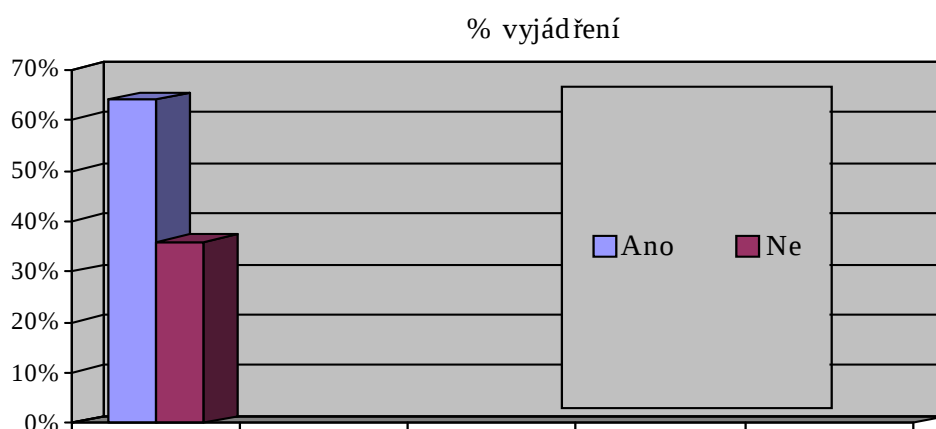
V oblasti vzdělávání jsme se zaměřili na 7 otázek. Tato oblast vzdělání byla respondenty vyhodnocena jako pátá nejdůležitější.

Položkou č. 60 jsme zjišťovali, zda respondenti navštěvovali mateřskou školu. 32 (64%) respondentů uvedlo, že do mateřské školy chodilo např. „*Ano chodil jsem a měl jsem tam kamarády*“ (E. B., 40 let), 18 (36%) respondentů uvedlo, že do mateřské školy nechodilo. „*Ne, nikdy jsem tam nebyl.*“ (I. M., 35 let). Výsledky šetření jsou zaznamenány v níže uvedené tabulce a grafu č. 6.

Tabulka č. 7. Absolvování mateřské školy.

Mateřská škola	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	32	64%
Ne	18	36%
Celkem	50	100%

Graf č. 7 Absolvování mateřské školy.



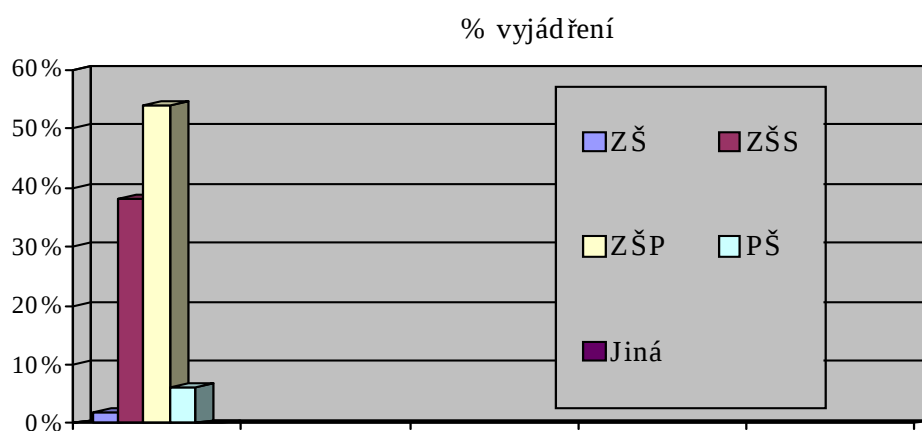
Položka č. 62 pomohla zjistit, jaké mají respondenti ukončené nejvyšší vzdělání. 27 (54%) respondentů uvedlo, že mají ukončenou základní školu praktickou (bývalou zvláštní), 19 (38%) respondentů uvedlo, že navštěvovali základní školu speciální (bývalá pomocná). 1 (2%) uvedl: „Navštěvoval jsem základní školu, ale nedokončil jsem ji. Ve čtvrté třídě jsem byl přerazen do základní školy zvláštní.“ (G. L., 60 let). 3 (6%) respondentů uvedlo, že navštěvovali praktickou školu dvouletou. Nikdo z dotazovaných respondentů neabsolvoval odborné učiliště, střední odborné učiliště ani střední školu s maturitou.

V položce č. 64 jsme se respondentů ptali, zda by chtěli ještě dále studovat. Respondenti již nechtěli studovat, ani dále se vzdělávat. „Vůbec ne.“ (L. Z., 59 let), „Vůbec ne, nejde mi to.“ (L. Z., 29 let), „Spíš ne“ (L. K., 53 let). Je to ovlivněno i prostředím ve kterém se nacházejí. Veškeré služby co potřebují, mají přístupné v zařízení a tak nemají potřebu se dále vzdělávat.

Tabulka č. 8 Nejvyšší dokončené vzdělání.

Možnosti vzdělání	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Základní škola (ZŠ)	1	2%
Základní škola speciální (ZŠS)	19	38%
Základní škola praktická (ZŠP)	27	54%
Praktická škola dvouletá (PŠ)	3	6%
Jiné např. odborné učiliště, střední odborné učiliště	0	0%
Celkem	50	100%

Graf č. 8 Nejvyšší dokončené vzdělání



V položce č. 65 jsme zjišťovali, zda jim studium pomohlo v hledání zaměstnání. Všichni 50 (100%) respondentů odpověděli, že jim vzdělání v hledání práce nepomohlo

„Ne“ (F. P., 38 let), „Ne, nepomohlo“ (M. Ž., 62 let).

Z výsledků šetření v této oblasti vyplývá ta skutečnost, že osoby s mentálním postižením jsou schopny absolvovat určité stupně vzdělávání např. (mateřskou školu, základní školu

praktickou, základní školu speciální, praktickou školu dvouletou, atd.). Vše je dáno individualitou každého jedince, jeho schopnostmi a dovednostmi, které může v těchto školských zařízeních rozvíjet, což vede z jejich pohledů, k významnému obohacení kvality života těchto jedinců s mentálním postižením.

7.6 Zaměstnání

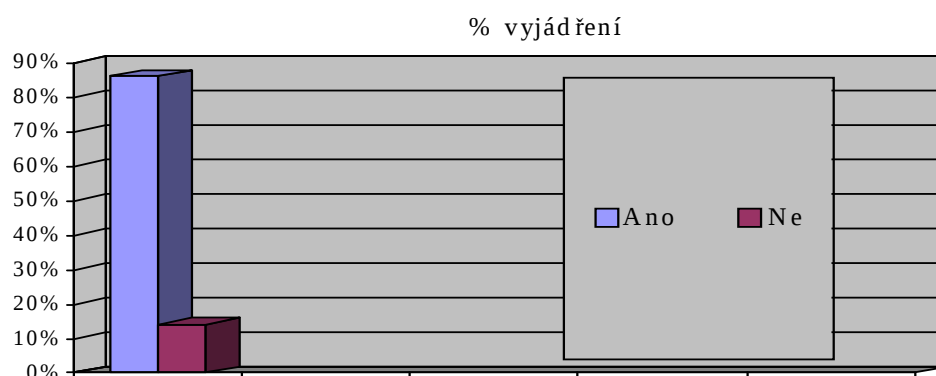
Prostřednictvím 7 položek, jsme zjišťovali, kvalitu života v oblasti zaměstnání. Již položka č. 67, zda chodí respondenti do zaměstnání, ukázala jak to je se zaměstnáním respondentů v pobytových zařízeních. Všichni 50 (100%) respondenti uvedli, že v současné době již nepracují a nechodí nikde do zaměstnání. Také tato oblast byla respondenty vyhodnocena jako sedmá nejdůležitější. Zaměstnání respondenty moc neoslovalo. Zaměstnání není pro respondenty důležitá komponenta. Skutečnost je taková, že lidé s mentálním postižením většinu, nebo prakticky celý život bydlí v pobytovém zařízení a neměli potřebu chodit do práce.

Zato položka č. 69, zda mají respondenti k dispozici svoje peníze, byla z pohledů respondentů velice zajímavá. 43 (86%) respondentů uvedlo, že mají určitou hotovost. Pouze 7 (14%) respondentů finanční hotovost nemají. Hotovost se pohybovala od částek **50,-Kč až po 200,-Kč** na měsíc. Velmi ochotni hovořit o financích byli muži, kteří to vnímají, jako větší volnost a důležitost v jejich životě. Cítí se méně závislí na druhých lidech a mají určitou zodpovědnost. Ženy respondentky peněžní hotovost vnímají jako zpestření v jejich životě. Nepřikládají tomu velkou váhu.

Tabulka č. 9 Peněžní hotovost.

Peněžní hotovost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	43	86%
Ne	7	14%
Celkem	50	100%

Graf č. 9 Peněžní hotovost.



7.7. Volný čas

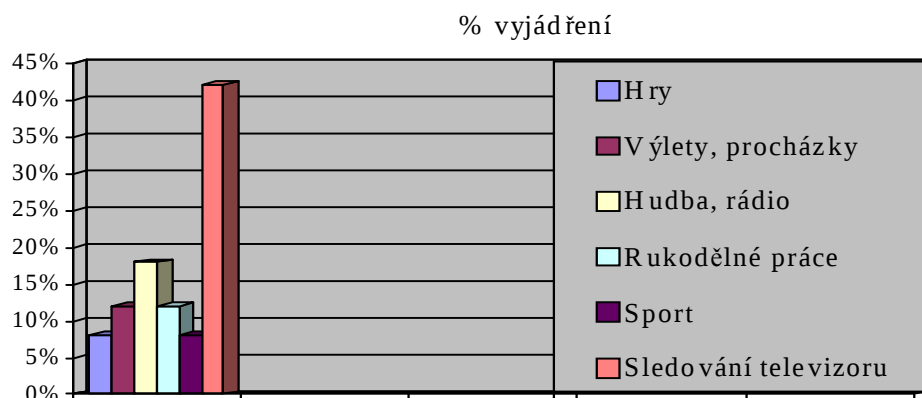
Při rozhovorech s respondenty tato oblast se jim jevila jako velice příjemná a sami respondenti ji ohodnotili jako třetí pro ně neoblíbenější oblast kvality života. Oblast volného času byla sestavena z 13 položek.

Položkou č. 74 jsme zjistili zájmy a záliby respondentů. 21 (42%) respondentů uvedlo, že mezi jejich záliby patří sledování televizoru. „*Dívám se na televizi*“ (J. P., 39 let). 9 (18%) respondentů uvedlo, že má rádo **hudbu**. „*Ráda poslouchám hudbu*“ (S. P., 54 let), 6 (12%) uvedlo, že rádi jezdí na **výlety** „*Ráda jezdím s našimi holkami na výlety*“ (A. S., 51 let). **Hry**, jako oblíbenou činnost uvedlo 4 (8%) respondentů. „*Hraju s Evičkou pexeso*“ (M. K., 54 let). Stejně tak 4 (8%) respondentů má rádo **sport**. Většinou jízdu na kole, nebo fotbal. „*Rád sportuji, hraju fotbal*“ (F. Š., 37 let). **Rukodělné práce** jako oblíbenou činnost uvedlo 6 (12%) respondentů „*Ráda kreslím*“ (L. F., 58 let)

Tabulka č. 10 Záliby.

Záliby	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Hry	4	8%
Výlety, procházky	6	12%
Hudba, rádio	9	18%
Rukodělné práce	6	12%
Sport	4	8%
Sledování televize	21	42%
Celkem	50	100%

Graf č. 10 Záliby.

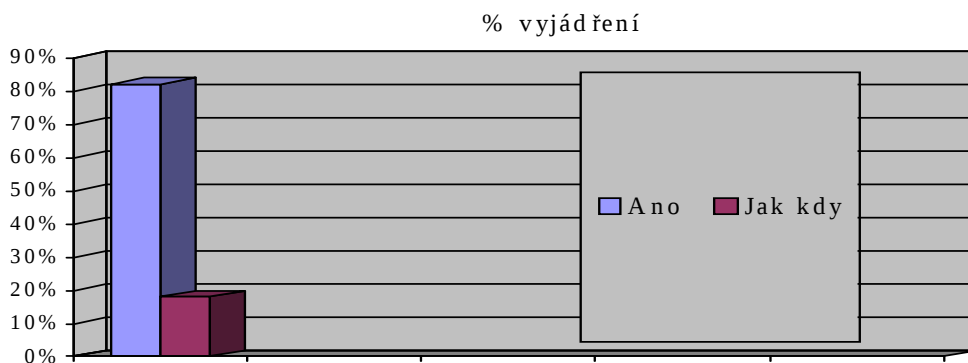


Další položka byla zaměřena na to, zda mají respondenti dostatek času na své záliby. 41 (82%) respondentů uvedlo, že mají dostatek času na své koníčky a zájmy. 9 (18%) respondentů uvedlo, že dostatek volného času mají jak kdy. Záleží i na tom, zda nemají jiné důležitější činnosti a zda jim to dovolí jejich zdravotní stav.

Tabulka č. 11 Dostatek volného času na zájmy a koníčky.

Volný čas	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	41	82%
Jak kdy	9	18%
Celkem	50	100%

Graf č. 11 Dostatek volného času na zájmy a koníčky.



Další položka nás seznámila možností návštěvy kroužků. Jedná se o kroužky, které jsou v zařízení. Žádný respondent nedochází na kroužky mimo zařízení. 39 (78%) respondentů uvedlo, že navštěvují kroužky a 11 (22%) respondentů žádný kroužek nenavštěvuje. Nejvíce oblíbeným kroužkem respondentů je rukodělný (výtvarný) kroužek uvedlo 26 (52%) respondentů. 9 (18%) respondentů uvedlo košíkářský kroužek, 3 (6%) respondentů muži uvedli dřevoobráběcí kroužek. Pouze 1 (2%) respondent uvedl kroužek rybářský. „*Spolu s vychovatelem chodím na ryby*“ (L. P., 33 let). Tento kroužek byl určen pro více mužů. Zprvu jej navštěvovalo asi 10 mužů, ale v průběhu času zůstal pouze jeden. Měl velkou výdrž a tak vychovatel i nadále chodí s L. P. na ryby.

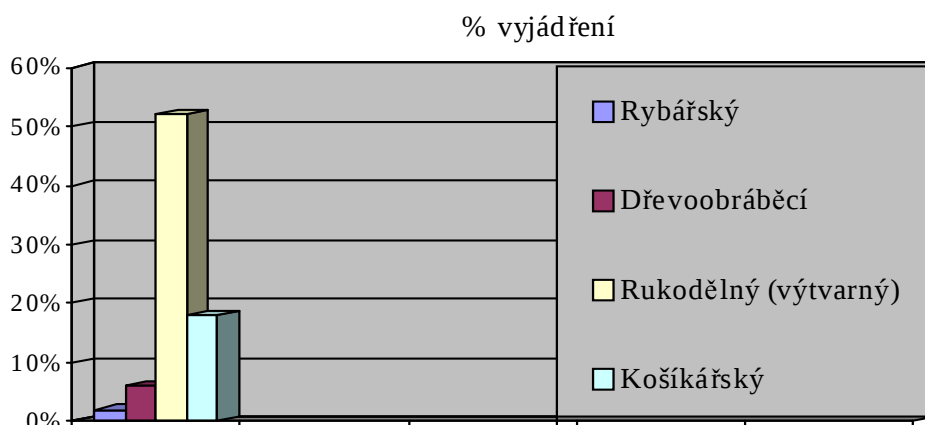
Možnost nabízet určitý kroužek v zařízení je závislý jednak na personálu; tzn. na jeho schopnostech a dovednostech a hlavně ochotě něco provozovat s uživateli; a jednak od financí, dotací, které zařízení dostává. Některé kroužky jsou velmi finančně náročné, např. dřevoobráběcí kroužek, kde je třeba řadu dobrých strojů ke zpracování dřeva.

Také ze šetření vyplývá, že nejvíce navštěvovaný je výtvarný kroužek, který není až tak finančně náročný pro poskytovatele.

Tabulka č. 12 Zájmové kroužky.

Zájmové kroužky	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Rybářský	1	2%
Dřevoobráběcí	3	6%
Rukodělný (výtvarný)	26	52%
Košíkářský	9	18%
Celkem	39	78%

Graf č. 12 Zájmové kroužky.



Respondenti se také mohli vyjádřit k tomu, zda mají k dispozici asistenta, který jim pomáhá vyplňovat volný čas. Shodně 50 (100%) respondentů uvedlo, že nemají žádného asistenta. K dispozici jsou jim pracovníci přímé péče, terapeuti, sociální pracovníci, apod.

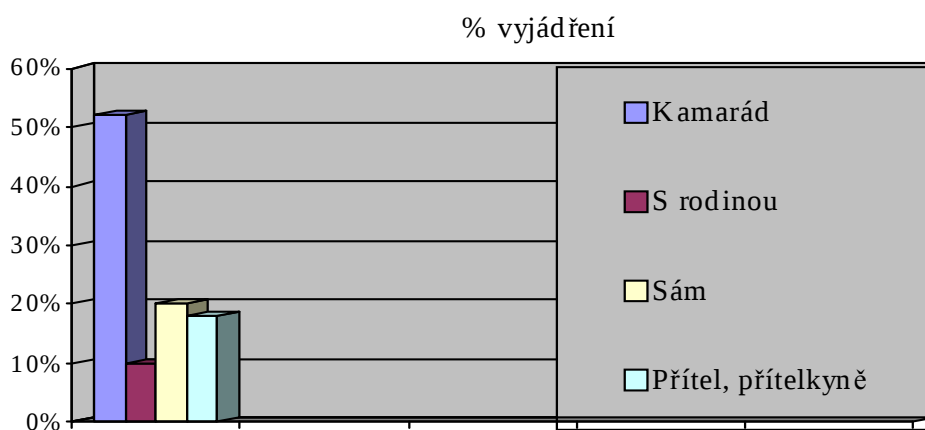
Položka č. 80 pomohla zjistit, jak jsou na tom respondenti s kulturními akcemi, zda je navštěvují v zařízeních, či je mohou navštěvovat i mimo zařízení. Respondenti uváděli: „Jezdíme do divadla i do kina do Krnova. Ještě na plesy do Hlučína a také jsme jezdili na hudební festivaly do Kopřivnice, na Plumlov i jinam. (L. P., 33 let), „Na ples se jezdilo jednou za rok, do kina a divadla dle aktuální nabídky instituce. (S. R., 38 let), „Byli jsme v Americe a Japonsku, kde jsme vyhráli.“ (F. Š., 37 let), „Zábavy a diskotéky máme v domově“ (S. P., 54 let). Akce navštěvují hromadně s personálem. Vždy jdou pouze ti, kteří mají zájem. Nikdo není do ničeho nucen, závisí to na jejich samotném zájmu.

Položka č. 82 nás seznamuje, s kým respondenti tráví nejvíce volného času. Řada respondentů 26 (52%) uvedla, že s kamarádem. 10 (20%) respondentů tráví volný čas sama, 5 (10%) respondentů ho tráví s rodinou a 9 (18%) respondentů ho tráví s přítelem, přítelkyní.

Tabulka č. 13 Trávení volného času.

Okruh osob	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Kamarád	26	52%
S rodinou	5	10%
Sám	10	20%
Přítel, přítelkyně	9	18%
Celkem	50	100%

Graf č. 13 Trávení volného času.

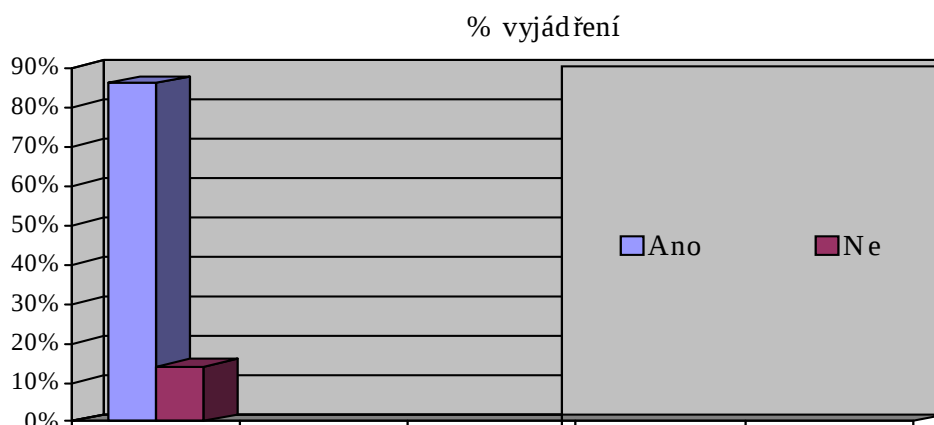


Položka č. 83 seznámila s tím, zda respondenti mají dostatek volného času na své zájmy. Ano uvedlo 43 (86%) respondentů a jen 7 (14%) respondentů nemá dostatek času na koníčky a zájmy.

Tabulka č. 14 Volný čas.

Volný čas	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	43	86%
Ne	7	14%
Celkem	50	100%

Graf č. 14 Volný čas.



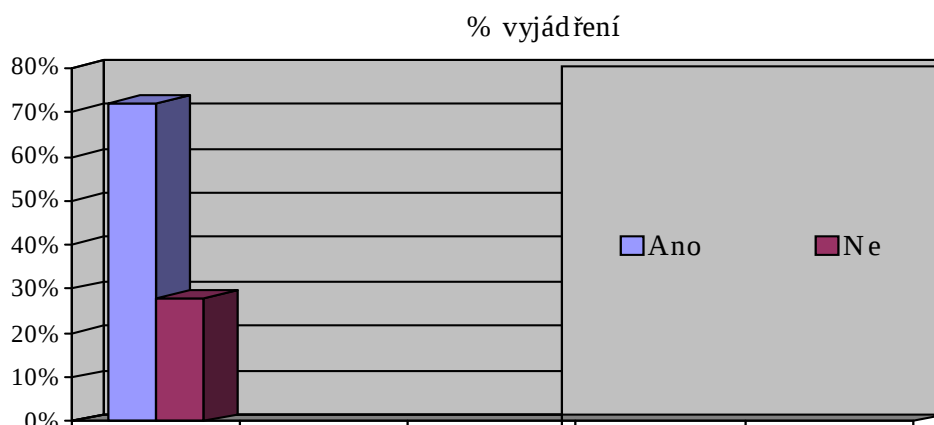
Volný čas na zájmy a koníčky si respondenti určují sami, podle chodu (harmonogramu) zařízení. Volný čas tráví ve skupinkách od 3 do 7 respondentů, pod vedením terapeutky nebo pracovnice volnočasových aktivit. Mají určený čas a pravidelný den k těmto činnostem, aby nenarušovali další činnosti respondentů.

Položkou č. 85 zda mají možnost cestovat, respondenti 36 (72%) přiznali, že mají možnost cestovat. Jezdí se skupinou se zařízením. „Byla jsem v Polsku u Nysských jezer, Kroměříži“. (S. P., 54 let), „Pořád se tu jezdí na nějaké výlety. Vlakem, autobusem i autem. Byl jsem v Praze, u tatky v Karviné, v Itálii, v Kopřivnici, na Plumlově, v Ostravě, v Tloskově, v Krnově, v Dřevěnici, v Liberci, v Semilech, v Českém Těšíně, na Pastvinách, no prostě na mnoha místech. Všude se mi moc líbilo. (S. R., 38 let), „Jezdíme na výlety, vlakem, autobusem, byli jsme v Itálii a tak různě. Nemůžu si už vzpomenout“. (D. K., 35 let)

Tabulka č. 15 Možnost cestování.

Možnost cestování	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	36	72%
Ne	14	28%
Celkem	50	100%

Graf č. 15 Možnost cestování.



7. 8 Služby

Oblast služeb respondenti hodnotili podle svého mínění jako čtvrtou nejdůležitější oblast. Respondentům byly nabídnuty možnosti služeb z řady oblastí např. zdravotní, sociální, kulturní, sportovní, duchovní apod.

Ze zdravotních služeb respondenti využívají **praktického lékaře, zubaře a ženy gynekologa**. Ze sociálních služeb pouze **dávky státní sociální podpory**. Služby pro péči o zevnějšek jsou nejpoužívanější **kadeřník a pedikúra**. Dále navštěvují **obchody a nákupní centra**. Většinou respondenti při nákupech chodí ve skupinkách a s doprovodem. Z oblasti kulturních služeb jsou nejnavštěvovanější **kina, divadla, zábavy**. Sportovní služby využívají většinou muži respondenti, kteří uváděli: **bazén, sportovní centra, sledování hokejových a fotbalových zápasů**. Z duchovních služeb většina respondentů využívá **kostel**, kde chodí na mše. Průběh služeb, je v jednotlivých typech zařízení různý. Zařízení mají externího pracovníka, který do zařízení dochází, jedná se o praktického lékaře a kadeřníka. K zubaři a ke gynekologovi respondenti dochází buď sami, nebo s doprovodem pracovníka zařízení. Návštěvy kina, divadla, bazénu, sportovních center a kostelů chodí po skupinkách většinou vychovatelem nebo sociálním pracovníkem. Sledování hokejových a fotbalových zápasů probíhá v zařízení buď u společné televize v klubovně, nebo ti respondenti, kteří mají televizor na pokoji, tyto zápasy sledují sami.

7.9 Spokojenost s jednotlivými oblastmi života

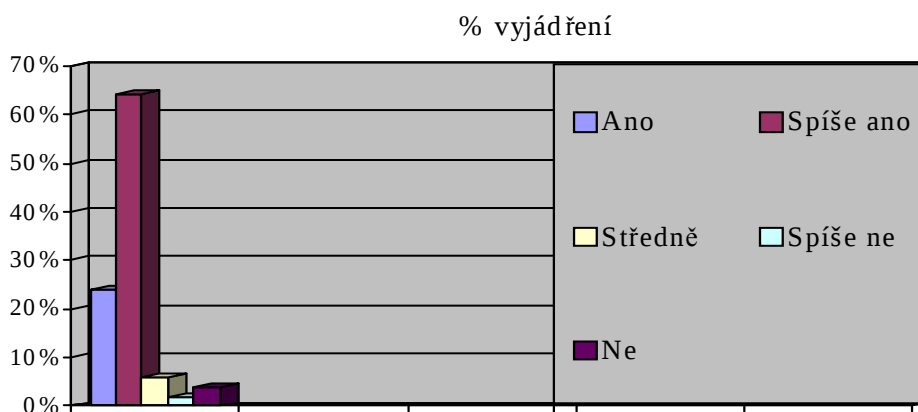
Po absolvování všech položek v rozhovoru jsme provedli závěrečné zhodnocení všech oblastí kvality života. Respondenti se nám v průběhu rozhovoru svěřili, se svými vzpomínkami např. na dětství a rodinu, přátele. Někteří respondenti našli odvalu a svěřili se, že mají známost a na jakém stupni je. Se vzděláváním se nám moc svěřovat nechtěli, nezajímalo je to. Zato o volném čase a svých zálibách a koníčcích se rádi rozhovořili. Pro tuto poslední část jsme přizpůsobili 7 položek, které nám měly celkově zhodnotit spokojenost respondentů se svým osobním životem.

Položka č. 90 nás seznámila se spokojeností s osobním životem respondentů. 12 (24%) respondentů je **spokojeno** se svým životem a nic by nechtělo v dosavadním osobním životě měnit. 32 (64%) respondentů uvedlo, že **spíše ano**, zde se již vyskytly určité pochybnosti od jednotlivých respondentů. Týká se to vztahu k partnerovi opačného pohlaví. Respondenti by si přáli najít vhodného partnera, s kterým by mohli sdílet svůj volný čas, což jim není umožněno vzhledem k tomu, že se jedná většinou o zařízení, kde klientelu tvoří buď ženy, nebo jen muži. Koedukovaných zařízení pro osoby s mentálním postižením není mnoho. 1 (2%) respondent **spíše není spokojen** a 2 (4%) **nejsou vůbec spokojeni** se svým osobním životem. Tito respondenti uvádějí, že nejsou spokojeni se svým současným životem v souvislosti se zdravotním stavem, úrovní soběstačnosti. Jedná se o respondenty, kteří mají zdravotní postižení na takovém stupni, že nejsou schopni se sami o sebe postarat. Potřebují tedy pomoc jiné osoby, resp. odborného personálu, což jsou pracovníci v přímé péči. Jedná se o pomoc při úkonech péče o vlastní osobu. Respondenti také uváděli nespokojenost v partnerských vztazích. Někteří, respondenti by si chtěli najít vhodného partnera, ale nejsou třeba schopni se sami seznámit, vzhledem k jejich zhoršeným komunikačním schopnostem, s tímto může pravděpodobně souviset jejich nižší sebevědomí, či společenskému prostředí, ve kterém se nachází.

Tabulka č. 16 Spokojenost respondentů se svým osobním životem.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	12	24%
Spíše ano	32	64%
Středně	3	6%
Spíše ne	1	2%
Ne	2	4%
Celkem	50	100%

Graf č. 16 Spokojenost respondentů se svým osobním životem.

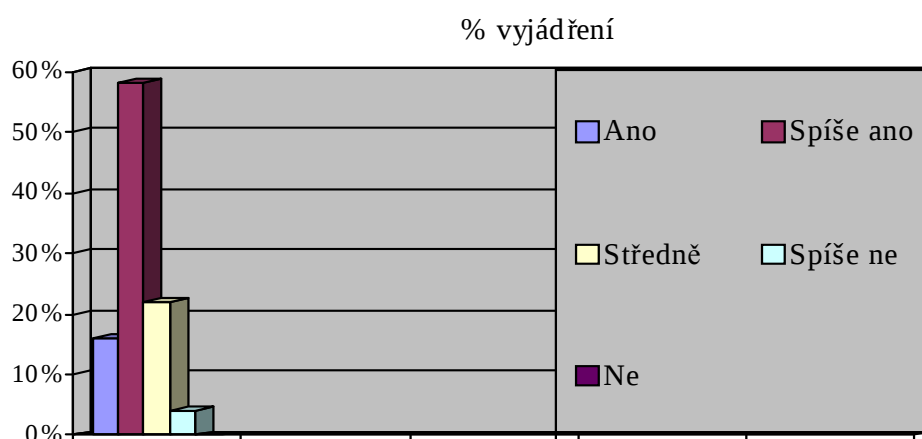


Součástí kvality života je i spokojenost s pracovním životem. Tuto spokojenost zjišťovala i položka č. 91 Z uvedených odpovědí vyplývá, že nejvíce respondentů 29 (58%) je **spíše spokojeno** se svým pracovním životem. Respondenti nám sice sdělili, že jsou spokojeni se svým pracovním životem, ale jedná se spíše o pracovní návyky spojené s denním řádem v jednotlivých zařízeních. Pracovní život (pracovně právní vztah), který je pro majoritní společnost běžný, ani jeden s respondentů nikdy nepoznal. 8 (16%) respondentů je **spokojeno** se svým pracovním životem. Naopak spíše **nespokojeni** jsou 2 (4%) respondentů. Jedná se o respondenty 2 (4%), kteří mají chuť i snahu pracovat, ale vzhledem k jejich špatnému zdravotnímu stavu, se nemůžou na trhu práce dostatečně uplatnit.

Tabulka č. 17 Spokojenost respondentů se svým pracovním životem.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	8	16%
Spíše ano	29	58%
Středně	11	22%
Spíše ne	2	4%
Ne	0	0%
Celkem	50	100%

Graf č. 17 Spokojenost se svým pracovním životem.



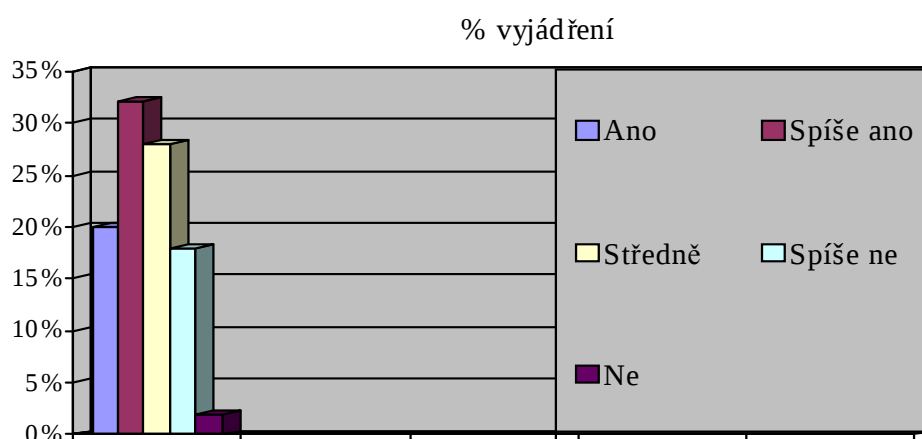
Důležitou součástí rozhovorového schématu byla i míra spokojenosti respondentů se vzděláním. Touto spokojeností se zabývala i položka č. 92. Nejvíce (16, 32%) respondentů je **spíše spokojeno** se svým vzděláním. Převážná část respondentů je již v pokročilejším věku a nemá potřebu se nadále vzdělávat. Plně je uspokojuje náplň denních volnočasových aktivit v jejich pro ně přirozeném prostředí. **Nespokojen** je pouze 1 (2%) respondent. Jedná se o respondenta, který je nespokojen se svým dosavadním vzděláním. Respondent měl možnost nastoupit do programu podporovaného zaměstnávání, ale dosavadní úroveň vzdělání a kvalifikace mu to neumožnila. Jedná se o respondenta, který má nedokončené vzdělání

v základní škole speciální. Školní docházka byla ukončena, z důvodu poruch chování, byl agresivní a obtěžoval jiné žáky a učitelé.

Tabulka č. 18 Spokojenost respondentů se svým vzděláním.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	10	20%
Spíše ano	16	32%
Středně	14	28%
Spíše ne	9	18%
Ne	1	2%
Celkem	50	100%

Graf č. 18 Spokojenost respondentů se svým vzděláním.



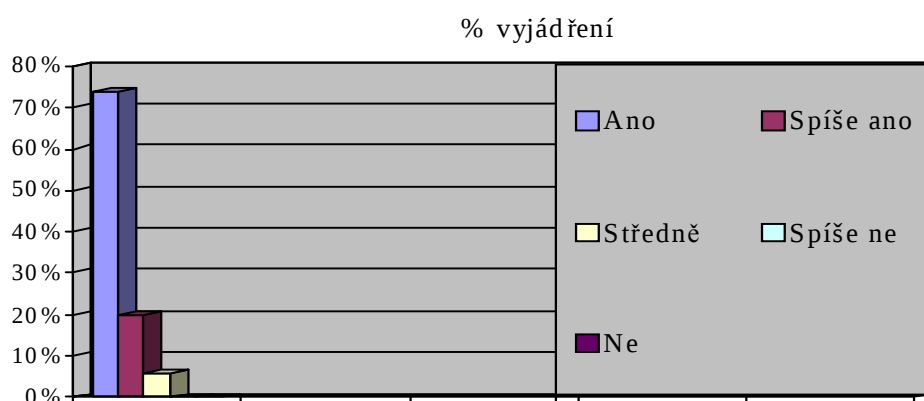
Tato položka č. 93 hodnotila spokojenost s bydlením. V položce bylo příjemné zjištění, že varianta **spíše ne a vůbec ne** nebyla respondenty uvedena. Nejvíce (37,74%) je s bydlením spokojeno a nehodlá ve svém dosavadním životě s bydlením nic měnit. Plně jim vyhovuje dosavadní úroveň a kvalita bydlení v jednotlivých zařízeních. 10 (20%) respondentů uvedlo, **spíše ano**. Tato část respondentů je sice spokojena s dosavadním způsobem bydlení, ale dala

by přednost větší samostatnosti v chráněném nebo samostatném bydlení, kde by mohla uspokojit své potřeby a přání. Respondenti tím měli na mysli především možnost bydlet se svým přítelem (přítečkyní), samostatně vést domácnost, navštěvovat své známé a aktivně se podílet na společenském dění.

Tabulka č. 19 Spokojenost respondentů se svým bydlením.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	37	74%
Spíše ano	10	20%
Středně	3	6%
Spíše ne	0	0%
Ne	0	0%
Celkem	50	100%

Graf č. 19 Spokojenost respondentů se svým bydlením.



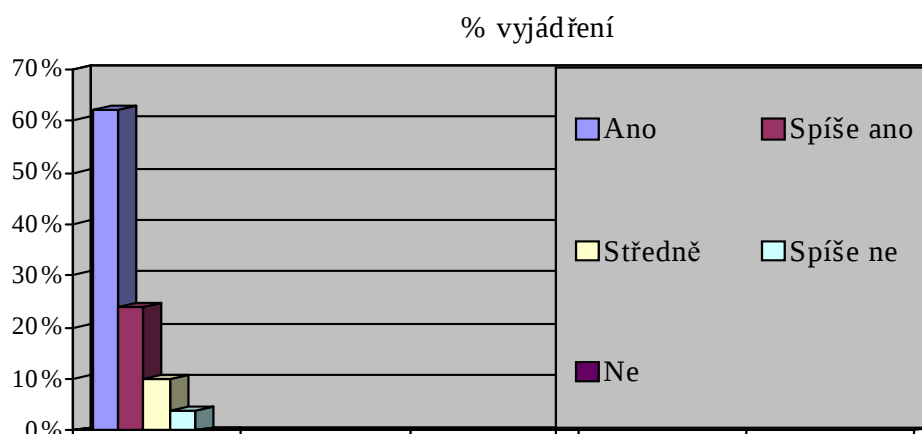
Položka č. 94 hodnotila spokojenost s využitím volného času respondentů. Respondenti 31 (62%) odpovídali, že jsou spokojeni s využitím svého volného času. Mají dostatek prostoru k tomu, aby mohli se plně věnovat svým zálibám a koníčkům, popř. se něčemu novému naučit a mít možnost třeba i realizovat své sny a plány. Pouze 2 (4%) respondenti uvedli, že spíše nejsou spokojeni se svým využitím svého volného času. Respondenti by svůj volný čas chtěli trávit jiným způsobem. Mají jiné zájmy, které nemůžou realizovat ve svém zařízení, protože

zde nejsou na tyto zájmy uzpůsobeny podmínky. Jedná se o chov drobného zvířectva (chov poštovních holubů a jiného zpěvného ptactva). Pro přehled uvádíme tabulku a graf.

Tabulka č. 20 Spokojenost respondentů s využitím svého volného času.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	31	62%
Spíše ano	12	24%
Středně	5	10%
Spíše ne	2	4%
Ne	0	0%
Celkem	50	100%

Graf č. 20 Spokojenost respondentů s využitím svého volného času.



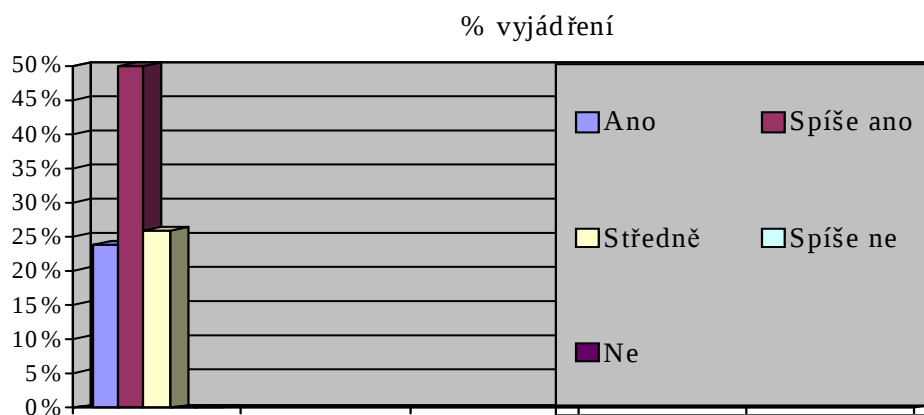
Jedna z posledních položek č. 95 se zaměřila na spokojenost s nabídkou služeb respondentům. 25 (50%) respondentů je spíše spokojena s nabídkou služeb ve svém okolí. Respondenti uvedli, že k nim do zařízení pravidelně dochází praktický lékař, kadeřnice a pedikérka. Za jinými službami sice musí docházet mimo zařízení, ale nevadí jim to, ba naopak

jsou rádi, že můžou chodit mimo zařízení a jsou tak ve větším kontaktu se společností. Objevují se tady dvě neuvedené položky, které jsou varianty **ne**, **spíše ne**. Uvedení respondenti by chtěli, aby nabídka služeb v jejich zařízení byla větší, měli tím na mysli např. duchovní služby (kaple), bufet apod. Většina respondentů je tedy s nabídkou služeb spokojena.

Tabulka č. 21 Spokojenost respondentů s nabídkou služeb.

Spokojenost	Absolutní četnost	Procentuální četnost
Ano	12	24%
Spíše ano	25	50%
Středně	13	26%
Spíše ne	0	0%
Ne	0	0%
Celkem	50	100%

Graf č. 21 Spokojenost respondentů s nabídkou služeb.



Poslední položka č. 96 měla za úkol zjistit od respondentů, jaké mají plány a představy do budoucna. Odpovědi na tuto položku byly velice rozmanité. Respondenti uváděli např. možnost osamostatnit se v bydlení, najít si vhodného partnera, jezdit na výlety a zájezdy,

navštěvovat více kulturních a sportovních akcí. „Chtěl bych do chráněného bydlení, jezdit na návštěvu za taťkou. Abych tam zajel sám. Podívat se za tetou Marcelkou. Chtěl bych si vzít do bytu svou holku a bydlet s ní v Albrechticích. Potom bych si přál sportovní auto, takové letní, červené. No a už si myslím, že to stačí.“ (L. P. 33 let), „Chtěl bych do chráněného bydlení, jezdit na návštěvu za taťkou. Abych tam zajel sám. Chtěl bych bydlet s moji přítelkyní.“ (S. R. 38 let), „Chtěla bych bydlet sama“ (J. P. 39 let), „Jezdit na výlety“ (A. T. 27 let)

Velice zajímavé je výše uvedené závěrečné zhodnocení jednotlivých oblastí života respondentů srovnat s druhou částí rozhovoru (viz Příloha č. 4 - II. PREFERENCE JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ KVALITY ŽIVOTA), ve které jsme zjišťovali preference jednotlivých uživatelů.

Během rozhovoru jsme se ptali respondentů, jakou oblast by ze svého pohledu vyhodnotili jako nejdůležitější až po pro ně nejméně důležitou. Podle jejich názorů a pro přehlednost uvádím tabulku a graf. Na výběr měli oblasti: **zdraví a úroveň soběstačnosti, vztahy, bydlení, vzdělání, zaměstnání, volnočasové aktivity a služby.**

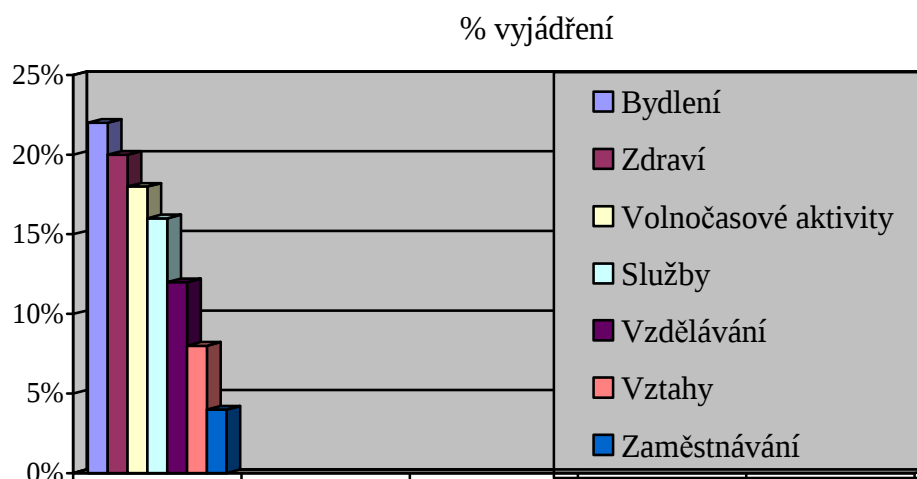
Tabulka č. 22 Nejdůležitější oblastí, dle respondentů uvedených v kvalitě života.

Oblasti kvality života	Absolutní četnost počet respondentů	Procentuální četnost
Bydlení	11	22%
Zdraví a úroveň soběstačnosti	10	20%
Vztahy	4	8%
Vzdělání	6	12%
Zaměstnání	2	4%
Volnočasové aktivity	9	18%
Služby	8	16%
Celkem	50	100%

Z hlediska důležitosti oblastí je pro respondenty položka bydlení, kterou uvedlo 11 (22%) dotazovaných respondentů. Druhou nejdůležitější položkou bylo zdraví a úroveň soběstačnosti. A třetí nejvíce vybranou položkou byly volnočasové aktivity. U těchto položek respondenti byli vstřícní, ochotni komunikovat a velmi dobře spolupracovat. Naopak u

položky zaměstnávání, kterou uvedli pouze 2 (4%) respondenti, jako nejoblíbenější, komunikace mírně vázla a někteří respondenti nebyli schopni tuto položku dále rozvádět.

Graf č. 22 Nejdůležitější oblasti, dle respondentů uvedených v kvalitě života.



Přestože respondenti jednoznačně uvádí, že je pro ně v životě nejdůležitější oblast bydlení, uvádí 5 (10%) respondentů, že je v této oblasti nespokojených a to především z toho důvodu, že by chtěli bydlet v jiném typu bydlení. Jedná se především o chráněné bydlení, kde by respondenti měli větší soukromí a měli by větší možnost kontaktu s majoritní společností. Proto je velice důležité, aby se do budoucna začala větší pozornost věnovat oblasti poskytované podpory také chráněnému bydlení. V posledních letech sice dochází již k určité transformaci jednotlivých typů zařízení, vznikají menší rodinné typy bydlení, ale i přesto by měla chráněná bydlení vyrůstat v centrech měst a vesnic, aby bylo možno co největší integrace osob s mentálním postižením do společnosti.

Závěr

Kvalita života je důležitým aspektem určujícím nejen životní spokojenost, ale také ovlivňujícím naše zdraví. Kvalita života je subjektivním hodnocením důležitosti jeho jednotlivých složek a spokojeností s nimi. Je ovlivňována hodnotovým systémem konkrétního člověka, jeho životním stylem, ale také situací, ve které se zrovna nachází. Významný vliv na ni má také to, jak je schopen člověk odolávat zátěži a řešit kritické situace, jak se dokáže vyrovnat se stresem, který přináší každodenní život, jakou sociální oporu mu poskytují druzí lidé.

Asi každý z nás chce prožít svůj život šťastně a spokojeně. My sami máme možnost vlastním úsilím uspořádat si život dle svých představ a přání. Ne každému je ale dopřáno žít bez pomoci a závislosti na druhých. Jednou takovou skupinou lidí v naší společnosti jsou lidé s mentálním postižením.

Cílem diplomové práce, bylo posoudit kvalitu života u dospělých jedinců s mentálním postižením. Za tímto účelem byl proveden průzkum metodou rozhovoru a dotazníkem. Jak z profesního hlediska, tak z pohledu osobního to byla velmi cenná zkušenost setkat se s fascinujícími lidmi, jakými bezesporu jsou jedinci s mentálním postižením.

První kapitola se zabývá terminologií a charakteristikou mentálního postižení jakož to teoretickými východisky. Byly zde vysvětleny pojmy *mentální postižení*, *prevence*, *příčiny*, *klasifikace a specifika mentálního postižení*.

Druhá kapitola se zabývá otázkou práv osob s mentálním postižením, v českém i mezinárodním právu a institutem zbavení způsobilosti k právním úkonům. Třetí kapitola je zaměřena na dospělost, její psychické a fyzické zvláštnosti a sexuální problematiku dospělých osob s mentálním postižením. Čtvrtá kapitola zachycuje strukturu zařízení pro osoby s mentálním postižením, jedná se o oblast vzdělávání, pracovního uplatnění, působením neziskových organizací a činností sociálních služeb.

Pátá kapitola se zabývá vymezením a definicí pojmu kvalita života. Jsou představeny různé modely kvality života a je zde vysvětlena kvalita života z různých hledisek. Jsou zde představeny různé dimenze kvalit života a metody měření kvality života.

V praktické části bylo provedeno šetření. Zvolena byla metoda rozhovorového schématu. Byly stanoveny cíle a úkoly průzkumu. Šetřeným vzorkem zde byli dospělí respondenti s mentálním postižením. Tyto rozhovory byly vyhodnoceny do tabulek a grafů.

Z hlediska úrovně mentálního postižení bylo v tomto šetření 43 osob s lehkou mentální retardací, 7 osob se středně těžkou mentální retardací. Věkové rozmezí bylo u mužů od 27 do 60 let, u žen od 38 do 62 let. Oslovené ženy, byly nejvíce ve věkovém průměru 54 let a muži ve věkovém rozmezí 38 let.

Rozhovor pro kvalitu života jsme upravili do sedmi oblastí. Každá z oblastí byla samostatně zaměřena na zjišťující komponenty kvality života. Byly to oblasti zaměřené na zdraví a úroveň soběstačnosti, vztahy, bydlení, vzdělání, zaměstnání, volný čas a služby.

Poslední část, seznámila s celkovou spokojeností kvality života v jednotlivých oblastech. Položka: „**Nakolik jste spokojen/a se svým osobním životem?**“, 32 (64%) respondentů uvedlo, že **spíše ano**, 1 (2%) respondent **spíše není spokojen** a 2 (4%) **nejsou vůbec spokojeni** se svým osobním životem. Z tohoto vyplývá, že lidé s mentálním postižením jsou spíše spokojeni se svým životem. Jsou většinou spokojeni z toho důvodu, že vlastně celý svůj život žili v ústavní péči a nepoznali žádný jiný život. Tento typ prostředí můžeme označit metaforou „**zlatá klec**“. Proto ani oblast vzdělávání, zaměstnávání a vztahů je v šetření moc neoslovila a nepovažovali ji, ze svého hlediska za důležitou a ani oblíbenou.

V oblasti vztahů byli většinou ostýchaví a stydliví ve svých odpovědích. Zato nejvíce oblíbené byly oblasti volného času, bydlení a zdraví. Tady se respondenti rozhovořili o svých zájmech, koníčcích a co je baví. 41 (82%) respondentů uvedlo, že mají čas na své koníčky, pouze 9 (18%) respondentů na své koníčky čas nemá.

Oslovení respondenti navštěvují kroužky ve svém zařízení. Záleží na možnosti nabídky jednotlivých zařízení. Je to závislé jednak na personálu; tzn. na jeho schopnostech a dovednostech a hlavně ochotě něco provozovat s uživateli; a jednak od financí, dotací, které zařízení dostává.

Diplomová práce komplexně charakterizuje osoby s mentálním postižením a v závislosti na podmínkách a vnitřních pocitech umožňuje nahlédnout do pomyslného žebříčku hodnot osob s postižením a vydedukovat nejdůležitější oblasti ovlivňující jejich pohled na kvalitu života.

Seznam literatury a pramenů

1. **BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J.** *Psychopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4
2. **BEDNAŘÍKOVÁ, I.** *Kapitoly z andragogiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1355-8
3. **ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol.** *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-17367-319-2
4. **ČERNÁ, M.** *Lehká mozková dysfunkce*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1993. ISBN 80-7066-597-1
5. **ČÍŽKOVÁ, J. a kol.** *Přehled vývojové psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0629-2
6. **DRAPELA, V. J.** *Přehled teorií osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-134-7
7. **JESENSKÝ, J.** *Andragogika a gerontoandragogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-7184-823-9
8. **KOZÁKOVÁ, Z.** *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7
9. **KREJČÍŘOVÁ, O.** *Estetická výchova mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejř, 1998. ISBN 80-86096-12-2
10. **KREJČÍŘOVÁ, O.** *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Ostrava: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-112-0
11. **KREJČÍŘOVÁ, O., a kol.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. ISBN 80-238-8729-7
12. **KREJČÍŘOVÁ, O., MEDVEDCOVÁ, A., OPAŘILOVÁ, D. a kol.** *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-1-7
13. **LUDÍKOVÁ, L.** *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7
14. **MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M.** *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7
15. **MICHALÍK, J.** *Právo a etika v péči o nemocné a postižené*. 1. vyd. Moravskoslezský kruh, o. s., 2007. ISBN 978-80-239-9250-2

16. **MŮLER, O.** *Psychopedie-Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1204-7
17. **NOVOSAD, L.** *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5
18. **PAYNE, J. a kol.** *Kvalita život a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
19. **PIPEKOVÁ, J.** *Osoby s mentálním postižením ve světle edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: Masaryková univerzita, 2006. ISBN 80-86633-40-3
20. **RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol.** *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1073-7
21. **ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.** *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1997 ISBN 80-7169-512-2
22. **SOKOL, R., TREFILOVÁ, V.** *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-7557-316-4
23. **ŠÍŠKA, J.** *Mimořádná dospělost*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-246-0992-4
24. **ŠVANCAROVÁ, I.** *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
25. **VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.** *Kvalita života*. 1.vyd. Brno: Masaryková univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
26. **VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3
27. **VÁGNEROVÁ, M.** *Vývojová psychologie II*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
28. **VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSOVÁ, Z.** *Psychologie handicapu. Handicap jako psychosociální problém*. 2.vyd. Liberec: Technická univerzita, 2003. ISBN 80-7083-763-2
29. **VALENTA, M.** *Psychopedie*. 3.vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2

Elektronické zdroje

1. **BRUNTÁL.** *Charakteristika zařízení.*[cit. 21. prosince. 2009]. Dostupné na WorldWideWeb:<<http://www.bruntal.net/2005060701-sagapo-centrum-pro-mentalne-postizene>>
2. **BUSINESS CENTER.** *Chráněné pracovní místo.*[cit. 16. září. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://business.center.cz/business/pojmy/p2122-chranene-pracovni-misto.aspx>>
3. **ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ.** *Podporované zaměstnávání.*[cit. 27. října. 2009]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>>
4. **DOMOV PRO SENIORY JEŽNÍK.** *Charakteristika zařízení.*[cit. 22. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.ddjeznikdevetsil.org/index.php?r=obecne-informace>>
5. **DOBROMYSL.** *Mentální retardace.*[cit. 20. července. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=516>>
6. **DOMOV NADĚJE.** *Charakteristika zařízení.* [cit. 28. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web:<http://domovsdopomoci.cz/html/sluzby.aspx>>
7. **KRAJÁNEK.** *Charakteristika zařízení.* [cit. 22. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.krajanek.wz.cz/main.html>>
8. **KVALITA ŽIVOTA.** *Vnitřní rozměry člověka.*[cit. 12. srpna. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky>>
9. **OSOBLAHA.** *Domov pro seniory.* [cit. 28. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web:<http://www.osoblaha.cz/domov/index.php?nid=797&lid=CZ&oid=1644346>>
10. **PhDr. MARTN LEČBYCH.** *Historie mentálního postižení.* [cit. 20. července. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://martinlecbych.sweb> >
11. **PSYCHOLOGIE.** *Dospělost.* [cit. 23. října. 2009]. Dostupné na World Wide Web: http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/dospelost#main>
12. **PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ.** *Poruchy psychického vývoje.* [cit. 10. srpna. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>>

- 13. UNIVERZITA KARLOVA.** *Kvalita života.* [cit. 9. srpna. 2009]. Dostupné na World Wide Web: http://www.ftvs.cuni.cz/doktorske_sk/obhaj.php >
- 14. ÚSP - HARMONIE.** *Charakteristika zařízení.* [cit. 21. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.usp-harmonie.cz/>>
- 15. VLÁDA ČR.** *Vládní výbor pro zdravotně postižené.* [cit. 10. srpna. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>>
- 16. ZÁMEK NOVÁ HORKÁ.** *Charakteristika zařízení.* [cit. 28. prosince. 2009]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.zameknovahorka.cz/info4.php>>

Seznam grafů

Graf č. 1 Věkové rozmezí respondentů.....	70
Graf č. 2 Hloubka postižení respondentů.....	71
Graf č. 3 Kdo pomáhá s vyřizováním osobních záležitostí.....	74
Graf č. 4 Četnost kontaktů s rodinou.....	76
Graf č. 5 Plány společné budoucnosti.....	78
Graf č. 6 Výběr z možnosti bydlení podle zájmu respondentů.....	80
Graf č. 7 Absolvování mateřské školy.....	82
Graf č. 8 Nejvyšší dokončené vzdělání.....	83
Graf č. 9 Peněžní hotovost.....	85
Graf č. 10 Záliby.....	86
Graf č. 11 Dostatek volného času na zájmy a koníčky.....	86
Graf č. 12 Zájmové kroužky.....	88
Graf č. 13 Trávení volného času.....	89
Graf č. 14 Volný čas.....	90
Graf č. 15 Možnost cestování.....	91
Graf č. 16 Spokojenost se svým osobním životem.....	93
Graf č. 17 Spokojenost respondentů se svým pracovním životem.....	94
Graf č. 18 Spokojenost respondentů se svým vzděláním.....	95
Graf č. 19 Spokojenost respondentů se svým bydlením.....	96
Graf č. 20 Spokojenost respondentů s využitím svého volného času.....	97
Graf č. 21 Spokojenost respondentů s nabídkou služeb.....	98
Graf č. 22 Nejdůležitější oblastí, dle respondentů uvedených v kvalitě života.....	100

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Věkové rozmezí respondentů.....	70
Tabulka č. 2 Hloubka postižení respondentů.....	71
Tabulka č. 3 Kdo pomáhá s vyřizováním osobních záležitostí.....	73
Tabulka č. 4 Četnost kontaktů s rodinou.....	76
Tabulka č. 5 Plány společné budoucnosti.....	77
Tabulka č. 6 Výběr z možností bydlení podle zájmu respondentů.....	80
Tabulka č. 7 Absolvování mateřské školy.....	81
Tabulka č. 8 Nejvyšší dokončené vzdělání.....	83
Tabulka č. 9 Peněžní hotovost.....	84
Tabulka č. 10 Záluby.....	85
Tabulka č. 11 Dostatek volného času na zájmy a koníčky.....	86
Tabulka č. 12 Zájmové kroužky.....	87
Tabulka č. 13 Trávení volného času.....	89
Tabulka č. 14 Volný čas.....	89
Tabulka č. 15 Možnost cestování.....	90
Tabulka č. 16 Spokojenost respondentů se svým osobním životem.....	92
Tabulka č. 17 Spokojenost respondentů se svým pracovním životem.....	93
Tabulka č. 18 Spokojenost respondentů se svým vzděláním.....	94
Tabulka č. 19 Spokojenost respondentů se svým bydlením.....	95
Tabulka č. 20 Spokojenost respondentů s využitím svého volného času.....	96
Tabulka č. 21 Spokojenost respondentů s nabídkou služeb.....	97
Tabulka č. 22 Nejdůležitější oblastí, dle respondentů uvedených v kvalitě života ..	99

Přílohy

Příloha č. I: Desatero zásad prevence vzniku mentálního postižení

Příloha č. II: Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Příloha č. III: Poskytovatelé (agentury) podporovaného zaměstnávání

Příloha č. IV: Rozhovorové schéma

Příloha č. I Desatero zásad prevence vzniku mentálního postižení

1. Žena by měla navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním. Na základě zjištění jejího aktuálního zdravotního stavu ji může lékař doporučit různá opatření podporující narození zdravého dítěte (očkování, dietu, vitamíny, cvičení apod.)
2. Nastávající matka by měla jíst správnou stravu. Dobrá strava je podstatně důležitá jak pro matku, tak pro její dítě. Strava matky by měla být rozmanitá a měla by obsahovat maso, ryby, zeleninu, ovoce, chléb, obiloviny a mléčné výrobky.
3. V průběhu těhotenství by se žena měla úplně vystríhat pití alkoholických nápojů, chce-li se vyvarovat postižení plodu způsobeného alkoholem. Pije-li matka alkohol, pije ho i dítě.
4. Včas se chránit očkováním, zejména proti zarděnkám a možné hepatitidě typu B, které mohou dítě ohrozit. Je vhodné i přeočkování proti spalničkám, pokud nebylo u matky provedeno již v dětském věku.
5. Nekouřit. Kouření může bránit normálnímu růstu dítěte již v děloze. Může omezit vývoj, snížit porodní váhu a vyvolat náchylnost k onemocnění v prvních kritických týdnech života dítěte.
6. Navštívit genetickou poradnu, která odhalí případné ohrožení těhotenství. Mnoho nemocí a chorobných stavů postihujících novorozence je způsobeno defektními geny nebo chromozomy, zděděných po předcích. Návštěva genetické poradny je nezbytně nutná v případě, že nastávající matce je více než 35 let, nebo má-li některý z partnerů v rodinné anamnéze genetický defekt, či v případě, kdy matka měla několik potratů či mrtvé narozené dítě.
7. Vyvarovat se užívání léků, vyjma těch, které ji podepíše ošetřující lékař. Léky předepsané před započatím těhotenství užívat jen po konzultaci s ošetřujícím lékařem.
8. Dát si pozor na RTG záření. V případě těhotenství může být dítě RTG paprsky poškozeno, pokud by jim bylo vystaveno.
9. Vyhýbat se infekčním nemocem. Mnoho infekčních chorob, jsou-li získány v těhotenství, může způsobit dítěti vážnou újmu. Sexuálním stykem přenesené choroby mohou poškodit mozek dítěte nebo způsobit i jeho smrt. HIV infekce může být přenesena na dítě.
10. Pravidelně navštěvovat svého lékaře. Odbornou lékařskou péči nelze ničím nahradit. Některé abnormality je možné včas odhalit, odbornou péči je někdy možné je upravit nebo alespoň snížit jejich výskyt.

(Švarcová, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7)

Příloha č. II Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.
2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením**. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí**.

(dostupné na World Wide Web: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=67> cit. 16. 11. 2009)

Příloha č. III Poskytovatelé (agentury) podporovaného zaměstnávání

1. Agentura podporovaného zaměstnávání při oblastní charitě Uherské Hradiště

Na Splávku 1182 (budova Agroprojektu)
686 01 Uherské Hradiště
tel.: 571 891 204
email: apz.uhradiste@caritas.cz

2. Agentura Pondělí

T.G.Masaryka 575 407 77 Šluknov
tel.: 412 398 021
email: info@agenturapondeli.cz

3. Agentura Profesního Poradenství pro Neslyšící (APPN)

Vratislavova 12/28
128 00 Praha 2 - Vyšehrad
tel: 222 519 835, SMS: 739 245 161
e-mail: appn@appn.cz
www.appn.cz

4. Agentura PZ při Diakonii ČCE

Velká Krajská 46/5
421 01 Litoměřice
tel.: 416 700 315, 775 25 15 53
apz.litomerice@diakoniecce.cz

5. Agapo

Cejl 68
602 00 Brno
tel: 545 213 204, 541 210 549
email: info@agapo.cz

6. APLA Praha, Střední Čechy, o.s.

V Holešovičkách 593/1A
182 00 Praha 8
tel: 284 684 959
email: gnanova@apla.cz

7. Asistence, o.s.

V Pevnosti 4
128 41 Praha 2
tel: 241 404 130
email: stredisko@asistence.org

8. Asociace TRIGON

Skautská 1045
708 00 Ostrava-Poruba
tel: 596 630 246
email: info@asociacetrigon.eu

9. Centrum služeb postiženým Zlín - Agentura pro podporované zaměstnávání

Tečovská 1052
760 01 Zlín-Malenovice
email: apz@cspzlin.cz

10. Centrum sociální rehabilitace - Liga za práva vozíčkářů, o. s.

Bezenecká 23, 628 00 Brno
tel.: 537 021 485
mob.: 774 120 113
e-mail: centrum@ligavozic.cz
www.ligavozic.cz

11. Česká abilympijská asociace

J. Palacha 324/23
530 02 Pardubice
tel.: 464 646 320
email: pz@abilympics.cz

12. Elim Vsetín

Smetanova 1484
755 01 Vsetín
tel: 571 429 300
email: apz@elimvsetin.cz

13. Eset Help

Hekrova 805
149 00 Praha 11
tel: 272 937 712
email: esethelp@volny.cz

14. Fokus Mladá Boleslav

Jaselská 176
293 01 Mladá Boleslav
tel: 775 562 023 (Petra Kolínská), 775 562 020 (Hana Andresová)
email: zamestnavani@fokus-mb.cz

15. Fokus Praha

Doláková 24
181 00 Praha 8
tel: 233 533 303
email: cppz@fokus-praha.cz

16. Fokus Vysočina, středisko Havlíčkův Brod

Rozkošská 2331
580 01 Havlíčkův Brod
tel: 569 426 657
email: dana.javorska@fokusvysocina.cz

17. Fokus Vysočina, středisko Pelhřimov

Humpolecká 736

393 01 Pelhřimov
tel: 565 323 239
email: stredisko.pelhrimov@fokusvysocina.cz

18. Formika

Filipova 2013/3
148 00 Praha 4
tel: 271 910 016
email: formika@formika.org

19. Jurta, Agentura Osmý den, Děčín

17. listopadu 637/8
405 01 Děčín
tel: 412 517 051
mob: 774 775 709
email: osmyden@jurma.cz

20. Jurta, Agentura Osmý den, Ústí nad Labem

Dvořákova 6
400 01 Ústí nad Labem
tel: 475 200 964
mob: 774 775 009
osmyden@jurma.cz

21. Máme otevřeno?

Ve Smečkách 5
110 00 Praha 1
tel: 222 511 216
email: tranzit@mameotevreno.cz

22. Mesada Písek

nábřeží 1. máje 2259
397 01 Písek
tel: 382 222 246
email: pisek@mesada.eu

23. Mesada Jindřichův Hradec

Růžová 30/II
377 01 Jindřichův Hradec
tel: 348 321 513
email: jhradec@mesada.eu

24. Mesada Vimperk

1. máje 74
385 01 Vimperk
tel: 388 411 718
email: vimperk@mesada.eu

25. Piafa

Žerotínova 2
682 01 Vyškov

517 325 075
email: piafa@piafa.cz

26. Práh

Tuřanská 12
620 00 Brno
tel: 545 229 339
email: prace@prah-brno.cz

27. Rytmus Benešov, o.p.s.

Piaristická kolej - Masarykovo nám.1
256 01 Benešov u Prahy
tel: 317 742 742
email: benesov@rytmus.org
www.benesov.rytmus.org

28. Rytmus Benešov, o.p.s. - pracoviště Kutná Hora

Benešova 70/2,
284 01 Kutná Hora
tel: 950 131 490
e-mail: kutnahora@rytmus.org
www.benesov.rytmus.org

29. Rytmus Bruselská

Bruselská 16
120 00 Praha 2
tel: 224 251 610
email: pz@rytmus.org

30. Rytmus Dejvice

Studentská 3
160 00 Praha 6
tel: 224 324 639
email: dejvice@rytmus.org

31. Rytmus Chrudim, o.p.s.

Heydukova 392
537 01 Chrudim
tel: 469 621 599
email: chrudim@rytmus.org
www.chrudim.rytmus.org

32. Rytmus Liberec, o.p.s.

Palachova 504/7
460 01 Liberec
tel: 485 100 626, 777 228 661

Detašované pracoviště:

SDJ, E.Floriánové 1736/8

466 01 Jablonec nad Nisou

tel: 483 356 226, 777 228 661

email: liberec@rytmus.org

www.rytmus.org, www.rytmus.liberec.org

33. Slezská diakonie - Agentura podporovaného zaměstnávání Krnov

Zámecké náměstí 13

794 01 Krnov

tel: 554 645 027, 776 235 588 (Milan Swider)

email: rut.kr@sdk.cz ; m.swider@sdk.cz

34. Slezská diakonie - Agentura podporovaného zaměstnávání Český Těšín

737 01 Český Těšín

tel: 558 736 256

email: apz@slezskadiakonie.cz

35. Slezská diakonie - Agentura podporovaného zaměstnávání Bruntál

Kavalcova 7

Bruntál 792 01

tel: 554 230 092

apz@slezskadiakonie.cz

36. Slezská diakonie - Agentura podporovaného zaměstnávání Třinec

Pod břehem 796

Třinec 739 61

tel: 558 431 172

e-mail: a.ulichova@rovnasance.cz

37. Společnost DUHA

Zborovská 38

150 00 Praha 5 - Smíchov

tel: 257 313 986, 602 416 506

email: pz@duha.nsnet.cz

38. Spolu Olomouc

Dolní náměstí 38

772 00 Olomouc

tel: 585 221 546

email: spolu.apz@volny.cz

39. TyfloCentrum Praha, o. p. s.

Krakovská 21, 110 00 Praha 1

tel. 221 462 498, 774 033 497

zamestnani-praha@tyflocentrum.cz

<http://praha.tyflocentrum.cz>

<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz/24> dne 16. 9. 2009

(dostupné na World Wide Web: <http://www.unie-pz.cz/index.php/pz/24>, cit. 16. 9. 2009)

Příloha č. IV Rozhovorové schéma

ZÁKLADNÍ INSTRUKCE:

- Pokud to respondent zvládne, může být rozhovor použit **ve formě dotazníku**, kdy respondent odpovídá na položky písemně sám. Ve většině případů však povedeme s respondentem **řízený rozhovor** a **zaznamenávat údaje budeme sami**. (Nejvhodnější variantou je nahrávat rozhovor na diktafon a zpětně přepisovat.) Kromě **zakroužkování příslušné varianty** je nezbytné vždy volbu i písemně **okomentovat**. (Prostor pro jednotlivé odpovědi prosím libovolně dle potřeby zvětšete.)
 - Nemusíme striktně dodržet pořadí položek řízeného rozhovoru.
 - Formulace otázek lze libovolně upravit aktuální situaci a možnostem chápání respondenta. (Mnohé formulace jsou složitěji formulované, takže by bez Vašeho vysvětlení mohly být pochopeny zkresleně.) Také dle aktuální situace vycítíte, zda je vhodné pokládat všechny otázky, nebo některé vynechat (mám teď na mysli především otázky intimnějšího charakteru – týkající se např. délky aj. aspektů vztahů. Někteří respondenti jsou sdílní a začnou o těchto oblastech třeba i sami hovořit, některé respondenty byste těmito otázkami mohli „nepříjemně zaskočit“ a odradit od další spolupráce s vámi – takže zvažte dle konkrétní situace, na co se ptát, na co ne...)
 - Rozhovor je poměrně dlouhý, proto je možné jej dělat na etapy (např. dle jednotlivých oblastí) tak, aby nebyl respondent unaven a zahlcen množstvím otázek.
 - V preferenci jednotlivých oblastí (viz část II) můžete využít pro každou oblast obrazový materiál – viz soubor OBRÁZKY (Obrázky můžete libovolně zmenšovat, zvětšovat, měnit, vybrat z nabízených alternativ ty nejvhodnější dle znalosti respondenta...)
 - V závěrečných otázkách (viz část IV) můžete využít pro škálové hodnocení obrazový materiál – viz soubor SMAJLÍCI
-

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE:

RESPONDENT:

1. Datum vedení řízeného rozhovoru:

2. **Pohlaví:** a)žena b)muž

3. **Rodinný stav:** a)svobodný/á b)vdaná/ženatý c)rozvedený/á d) vdovec/vdova (Počet dětí:)

4. **Věk:**

5. **Místo bydliště (město):**

6. **Kde respondent žije** (sám v bytě, s rodinou, v domově, přes týden na internátě o víkendu s rodinou, přes týden v týdenním stacionáři apod.):

7. **Postižení respondenta (diagnóza):**

8. **Hloubka postižení:**

Stupeň postižení: a) lehká MR, b) středně těžká MP, c) těžká MR, d) hluboká MR

9. **Přidružené postižení:** a) tělesné postižení b) zrakové postižení c) sluchové postižení
d) duševní postižení e) vada řeči f) žádné g) jiné.....

10. **Způsobilost k právním úkonům:** a) plná b) částečná c) zbaven způsobilosti

11. **Má respondent k dispozici osobního asistenta?** a) Ano (kolik) b) Ne

Vysvětlíte prosím:

Pokud ano, při jakých činnostech asistent pomáhá: a) při sebeobsluze (umýt se, učesat, najíst se,...) b) při volnočasových aktivitách (malování, pexeso, ...) c) při studiu (škole)

d) v zaměstnání (práci) e) s vyřizováním osobních záležitostí (návštěva lékaře, úřadu, telefonování,) f) jiné: _____

II. PREFERENCE JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ KVALITY ŽIVOTA:

Po zjištění základních identifikačních údajů seznámíme tázaného s jednotlivými oblastmi kvality života, ke kterým se vztahují jednotlivé položky rozhovoru. Pro větší názornost můžeme ukázat obrázky, které představují dané oblasti (viz soubor OBRÁZKY). Vysvětlíme význam jednotlivých obrázků, popíšeme, který obrázek znázorňuje jakou oblast, a požádáme respondenta, aby je seřadil podle důležitosti. (Je důležité vysvětlit, aby respondent řadil obrázky podle toho, jak je pro něj daná oblast důležitá, ne podle toho, jak se mu obrázky líbí!) Rozhovor můžeme začít oblastí, kterou respondent považuje za nejdůležitější, nebo můžeme dotazovaného nechat vybrat, kterou oblastí by chtěl začít, nebo můžeme v hovoru postupovat dle řazení jednotlivých položek v rozhovoru.

III. POLOŽKY K JEDNOTLIVÝM OBLASTEM KVALITY ŽIVOTA:

Rozhovor bude rozdělen do 6 oblastí:

- 1) ZDRAVÍ A ÚROVEŇ SOBĚSTAČNOSTI
- 2) VZTAHY (rodina, přátelé, vztah k ostatním lidem, ...)
- 3) BYDLENÍ (můj domov, byt, pokoj,)
- 4) VZDĚLÁNÍ (škola – učení)
- 5) ZAMĚSTNÁNÍ (práce)
- 6) VOLNOČASOVÉ AKTIVITY (moje oblíbená činnost – kino, sport, malování,...)
- 7) SLUŽBY (lékař, doprava, asistence, poradenství, obchody, péče o tělo, ...)

1) ZDRAVÍ A ÚROVEŇ SOBĚSTAČNOSTI

12. *Jak se dnes cítíte?*

- a) výborně b) docela dobře c) středně, tak napůl d) nic moc e) hrozně

13. *Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*

- a) velice spokojen b) spíš spokojen c) středně d) spíš nespokojen e) velice nespokojen

14. *Máte nějaké zdravotní problémy?* a) ANO b) NE

Vysvětlíte prosím:

15. *Máte nějaké postižení?* a) ANO b) NE

Vysvětlíte prosím:

16. *Jak moc Vás těší život?* a) velice b) spíš ano c) středně d) spíš ne e) vůbec ne

Vysvětlíte prosím:

17. *Existuje něco, co byste si nejvíce ze všeho přál?* a) ANO b) NE

Vysvětlíte prosím:

18. *Míváte někdy strach?* a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Z čeho, nebo z koho? Řekl/a jste to někdy někomu? Snažíte se ten strach nějak přemocť?):

19. Uved'te prosím vlastnost, která se Vám na Vás nejvíce líbí?

20. Uved'te prosím vlastnost, která Vám na Vás nejvíce vadí?

21. Nakolik jste spokojen/a se svým vzhledem?

a) velice b) spíš ano c) středně d) spíš ne e) vůbec ne

Vysvětlete prosím:

22. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? a) velice často b) dost často c) středně d) téměř nikdy e) vůbec nikdy

Vysvětlete prosím:

23. Je na vás někdo v okolí zlý? Ublížíje Vám někdo z vašeho blízkého okolí? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Kdo a proč je na vás v okolí zlý? Jakým způsobem vám kdo ubližuje – verbálně – fyzicky? Jak to řešíte? Pomůže Vám někdo, když je Vám ubližováno?):

24. Myslíte si, že existuje nějaká oblast (popřípadě jaká), kde jste ve větší nevýhodě?

Vysvětlete prosím (např. bezbariérové přístupy, úprava cest a chodníků, doprava, dostatek kulturních akcí, koncerty a akce všeho druhu (zdali je možnost se sem bez problémů dostat a zdali mají nějaké výhody...atd.):

25. Máte osobního asistenta? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Kolik jich máte? Na jaké činnosti máte asistenta?...):

Jste s ním spokojen? / oznámkuje jako ve škole/:

26. Zkusil jste si už někdy uvařit něco sám? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Co jste uvařil/a? Komu jste pomáhal/a s vařením? Bavilo Vás to? Chtěl/a byste si to vyzkoušet?...):

27. Pomáhá Vám někdo s oblékáním? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím:

28. Pomáhá Vám někdo s obouváním? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím:

29. Zvládnete pomoci i někomu druhému když potřebuje pomoc např. při oblékání?

a) ANO b) NE

30. Dokázal byste sám obsluhovat televizi, video, hi-fi věž? a) ANO b) NE

31. Dokázal byste si vyprat a vyžehlit, jít nakoupit do obchodu? a) ANO b) NE

32. Pomáhá Vám někdo s vyřizováním osobních záležitostí? (např. občanský průkaz, průkaz na MHD) a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím:

2) VZTAHY

33. Máte svého nejlepšího kamaráda? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím (Dokázal byste o něm něco říct? Trávíte spolu hodně času? Jak spolu trávíte čas? Máte hodně kamarádů? Pokud nemáte nejlepšího kamaráda, chtěl byste mít svého nejlepšího kamaráda?...):

34. Vidáte se často s přáteli? a)každý den b)jen o víkendu c)cca 1x za měsíc d)jen o svátcích – vánoce, prázdniny... e)vídáme se velice nepravidelně a málo f)vůbec g)_____

Vysvětlete prosím:

35. Navazujete rád/a kontakt s lidmi? a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Vysvětlete prosím:

36. Jak vycházíte: (oznámkovat jako ve škole – 1 nejlépe, 5 nejhůře)

- a) s matkou
- b) s otcem
- c) s bratrem
- d) se sestrou
- e) s kamarády
- f) s personálem zařízení
- g) s učiteli ve škole, v kroužku, s lidmi v práci...
- h) s ostatními klienty
- i) s ostatními lidmi

Vysvětlete prosím:

37. Udržujete s rodinou pravidelný kontakt? a)ANO b)NE

Trávíte s rodinou hodně času? a)každý den b)jen o víkendu c)cca 1x za měsíc d)jen o svátcích – vánoce, prázdniny... e)vídáme se velice nepravidelně a málo f)vůbec g)_____

Vysvětlete prosím:

38. Jak hodnotíte váš vztah s rodinou?

a) výborný b) docela dobrý c) střední, tak napůl d) nic moc e) hrozný

39. Měl/a jste někdy přítele/ přítelkyni? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím:

40. Máte v současné době přítele/ přítelkyni? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím:

41. Jak dlouho Váš vztah trvá/trval? _____ (např. několik dnů, několik týdnů, měsíc, půlrok, rok, déle než dva roky)

Vysvětlete prosím:

42. Na jaké úrovni je/byl Váš vztah?

Vysvětlete prosím (posílání dopisů, držení se za ruce, líbání, nekoitální aktivity - necking, petting, pohlavní styk):

43. Jak často se vidáte se svým partnerem? a)každý den b)jen o víkendu c)cca 1x za měsíc d)jen o svátcích – vánoce, prázdniny... e)vídáme se velice nepravidelně a málo f)vůbec g)_____

Vysvětlete prosím(Co spolu podnikáte?jaké máte společné zájmy?)

44. Plánujete spolu společnou budoucnost?

a)ANO b)NEVÍM (nepřemýšlel jsem o tom) c)NE

Vysvětlete prosím:

45. Plánujete mít společně děti? Chtěl/a byste mít děti v budoucnu?

a)ANO b)NEVÍM (nepřemýšlel jsem o tom) c)NE

Vysvětlete prosím:

46. Myslíte si,že jste připraven/a na výchovu dětí? Myslíte si, že byste byl schopný se postarat o dítě? a)ANO b)NEVÍM (nepřemýšlel jsem o tom) c)NE

Vysvětlete prosím:

47. Podporuje Vás ve vašem společném snu rodina? Pomáhají Vám rodiče? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím:

48. Znáte rodiče svého partnera? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím (Co si myslíte o rodičích své partnerky/partnera?Jak na Vás působí? Stýkáte se obě rodiny často (např. oslavy narozenin, svátky...atd.):

49. Jste spokojen/a se svým partnerským vztahem?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Vysvětlete prosím (Je něco, co byste chtěl/a změnit?) :

50. Cítíte se osamělý/á? a) velice často b)dost často c)středně d)téměř nikdy e)vůbec nikdy

51. Máte nějaké přání (v oblasti vztahů)? A jaké?

3) BYDLENÍ

52. Bydlíte: a) na vesnici b) ve městě

53. Bydlíte: a) s rodiči b) v domově pro osoby se zdravotním postižením (bývalé ÚSP)

c) v chráněném bydlení d) v týdenním stacionáři f) sám g)jinde_____

Vysvětlete prosím (bydlíte v rodinném domě nebo v bytě? S kým bydlíte? Se sourozenci? S oběma rodiči?):

54. Máte svůj vlastní pokoj? a)ANO b)NE

Pokud nemáte, kolik Vás bydlí na pokoji? _____

Rozumíte si s lidmi, kteří jsou s Vámi na pokoji? a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

55. Jste spokojen/a se svým současným bydlením?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Vysvětlete prosím:

56. Kdybyste měl/a možnost, kde byste chtěl/a nejraději bydlet?

a) v domě/v bytě s rodiči b) sám c) v chráněném bydlení d) v týdenním stacionáři e) _____

Vysvětlete prosím:

57. Máte doma nějaké zvíře? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Jaké? Staráte se o něj? Pokud NE: Chtěl/a byste nějakého? Jaké zvíře se Vám nejvíce líbí a toužíte po něm? Myslíte, že byste se o něho uměl/a postarat?):

58. Vyhovuje vám chod zařízení (bydlení s rodiči)?

a) ano b) spíše ano c) středně d) spíše ne e) ne

Vysvětlete prosím:

59. Máte nějaké přání (v oblasti bydlení)? Vysvětlete prosím:

4) VZDĚLÁNÍ

60. Chodil/a jste do mateřské školy? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Pamatujete si něco z mateřské školy? Jakou mateřskou školu jste navštěvoval? Jak dlouho jste chodil do mateřské školy? Líbilo se Vám tam? Měl/a jste tam kamarády? Na co nejraději vzpomínáte z MŠ? Pokud NE: Víte co je mateřská škola, k čemu slouží? Když jste nechodil/a do MŠ byl/a jste doma s rodiči nebo jste chodil někam jinam?)

61. Chodil/a jste do základní školy? a) ANO b) NE

Vysvětlete prosím (Pokud ANO : Jakou základní školu jste navštěvoval/a? Líbilo se Vám tam? Na co nejraději vzpomínáte ze ZŠ? Pomáhali Vám nějak spolužáci nebo učitelé? Který předmět Vás nejvíce bavil? apod.):

62. Jaké máte nejvyšší ukončené vzdělání? Uved'te prosím i vystudovaný obor.

a) Základní škola

b) Základní škola praktická (bývalá zvláštní)

c) Základní škola speciální (bývalá pomocná)

d) Praktická škola (jednoletá dvouletá tříletá)

e) Odborné učiliště

f) Střední odborné učiliště

g) Střední škola s maturitou

h) Jiné: _____

63. Vzděláváte se v současné době? a) ANO b) NE

Pokud ano, kde? _____

Vysvětlete prosím:

64. Chtěl/a byste ještě dále studovat?

a) velice b) spíš ano c) středně d) spíš ne e) vůbec ne

Vysvětlete prosím - Co nového byste se tam chtěl/a naučit? Učíte se rád/a nové věci? Co nového jste se naposledy naučil/a? Myslíte si, že Vám bude další vzdělání do budoucna přínosné? Pokud NE : Proč byste se dále nechtěl/a chodit vzdělávat?

65. Pomohlo Vám Vaše studium v hledání zaměstnání?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne
Vysvětlete prosím:

66. Máte nějaké přání (vzdělávání)? A jaké? Víte, kde byste se mohl dále vzdělávat?
Vysvětlete prosím:

5) ZAMĚSTNÁNÍ

Čím jste chtěl/a jako dítě být? a) popelář/ka, b) policista/ka, c) hasič, d) řidič/ka
e) lékař/ka f) herec/herečka g) kuchař/ka h) jiné: _____

67. Chodíte do zaměstnání? Pracujete v současné době? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím (Pokud ANO: Jste spokojen/a se svou prací? Co se Vám nejvíce líbí na Vaší práci? Co byste chtěl/a změnit na Vaší práci? Pokud NE: Chtěl/a byste chodit do práce? Co byste chtěl/a dělat? Jak často byste tam chtěl/a chodit?)

Jak často chodíte do práce? 1. každý den 2. několikrát týdně 3. alespoň jednou týdně 4. několikrát za měsíc 5. jen o víkendu 6. brigádně

Pokud ano, jaké je vaše zaměstnání? _____

Jste v zaměstnání spokojen? a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Vysvětlete prosím:

Jaká je Vaše pracovní doba? a) plný pracovní úvazek (8 hodin/den), zkrácený pracovní úvazek (méně než 8 hodin/den). Kolik?.....

Pomáhal vám někdo se začleněním do současného zaměstnání? A kdo? (Tranzitní program, úřad práce, podporované zaměstnávání, rodiče, sociální pracovník, učitel,)

Vysvětlete prosím:

Potřebujete ještě i v současné době nějakou podporu v zaměstnání? Jakou? Kdo Vám ji poskytuje?

Vysvětlete prosím:

68. Od koho jste získal/a (získáváte) informace o možnosti zaměstnání?

- a) úřad práce
- b) rodina, přátelé
- c) sociální pracovníci
- d) sdělovací prostředky (TV, rádio, internet, noviny)

Vysvětlete prosím:

69. Máte svoje peníze? a)ANO b)NE

Vysvětlete prosím (Pokud ANO: Můžete si za své peníze kupovat co chcete? Umíte hospodařit se svými penězi? Pokud NE: Dokážete si představit, že máte své vlastní peníze? Chtěl/a byste mít své vlastní peníze? Co byste si za ně koupil/a?):

70. S kolika penězi měsíčně disponujete?

71. Máte dostatek peněz pro vlastní potřebu? a)ANO b)NE

Rozhodujete o svých penězích sám/a a) ano, b)ne

72. Jste evidován/a na úřadu práce? a)ANO b)NEVÍM c)NE

73. Máte nějaké přání (zaměstnání)? A jaké?

6) VOLNÝ ČAS

74. Co patří mezi Vaše záliby? Co rád/a děláte?

Vysvětlete prosím:

75. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

a)ANO b)JAK KDY (někdy ano, někdy ne) c)NE

Vysvětlete prosím:

76. Navštěvujete nějaké kroužky? a)ANO b)NE

Pokud ano, jaké? _____

Pokud ano, jak často?

- a) 1 x týdně
- b) 2 x týdně
- c) 1 za čtrnáct dní
- d) 1 měsíčně
- e)

Kde?

(S kým, se skupinou nebo sám)....

Pokud NE, co by vás zajímalo?

77. O svém volném čase rozhodujete a) sám b) rodina c) asistent (soc. prac.) d)_____

78. Jste spokojen/a s nabídkou volnočasových aktivit ve vašem okolí? Vysvětlete proč.

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

79. Jste informován/a o nabídce volnočasových aktivit ve vašem okolí?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

80. Účastníte se kulturních akcí (kino, divadlo, plesy apod.)?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Kde?

(S kým, se skupinou nebo sám)....

Vysvětlete proč: Pokud ano, s kým je navštěvujete? Pokud ano, jak často?

81. Je vám k dispozici asistent, který vám pomáhá vyplňovat volný čas? a)ANO b)NE

Chtěl/a byste mít k dispozici asistenta? a)ANO b)NE

82. S kým nejraději trávíte volný čas a proč?

[illegible]

Vysvětlivky k vyplnění tabulky:

Služba – vepište příslušnou službu, kterou respondent využívá

Samostatnost při využívání služby - Sám, s asistentem, s rodiči, se sourozencem, ve skupině (se zařízením)...

Spokojenost s kvalitou – Oznamkujte prosím jako ve škole (1-5) + případně okomentujte

Spokojenost s dostupností dané služby, přístupnost ve vašem okolí – Oznamkujte prosím jako ve škole (1-5) + okomentujte

Četnost využívání dané služby – a)každý den b)několikrát do týdne c)cca 1x týdně

d)několikrát do měsíce e) cca 1x měsíčně f)velice nepravidelně a málo g)skoro vůbec

h)vůbec

88. Máte přístup k informacím, které potřebujete každý den?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

Pokud ano, kde tyto informace získáváte?

89. Máte nějaké přání (služby)? A jaké?

IV. ZÁVĚREČNÉ (KONTROLNÍ) ZHODNOCENÍ:

Po absolvování všech položek se pokusíme zjistit, jak je respondent spokojen s jednotlivými oblastmi svého života (důležité pro konfrontaci s II. částí). Případně můžeme níže uvedenými otázkami vždy uzavřít v průběhu rozhovoru oblast, o které budeme zrovna hovořit (a spokojenost zaznamenávat průběžně).

Tázaného se můžeme také zeptat, o které oblasti se mu hovořilo nejlépe, o které naopak méně dobře, jak se přitom cítil, jestli se mu vybavily nějaké vzpomínky např. z dětství apod. Veškeré tyto informace zaznamenáme v této závěrečné části.

90. Nakolik jste spokojen/a se svým osobním životem?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

91. Nakolik jste spokojen/a se svým pracovním životem?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

92. Nakolik jste spokojen/a se svým vzděláním?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

93. Nakolik jste spokojen/a se svým bydlením?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

94. Nakolik jste spokojen/a s využitím svého volného času?

a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

95. Nakolik jste spokojen/a s nabídkou služeb?

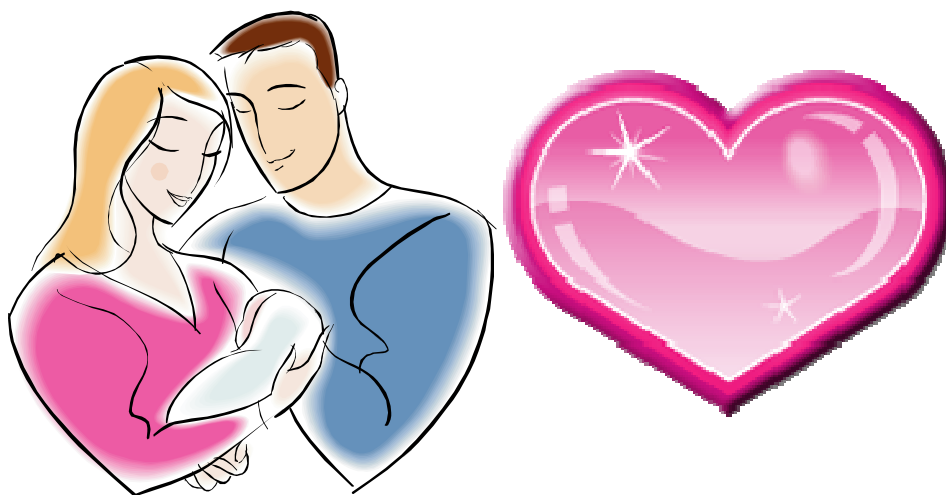
a)ano b)spíše ano c)středně d)spíše ne e)ne

96. Jaké máte plány, představy do budoucna?

1) ZDRAVÍ A ÚROVEŇ SOBĚSTAČNOSTI



2) VZTAHY (rodina, přátelé,...)



3) BYDLENÍ



4) VZDĚLÁNÍ



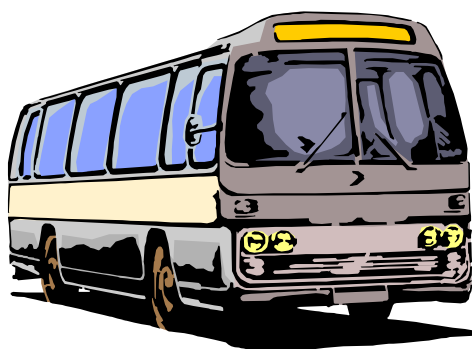
5) ZAMĚSTNÁNÍ



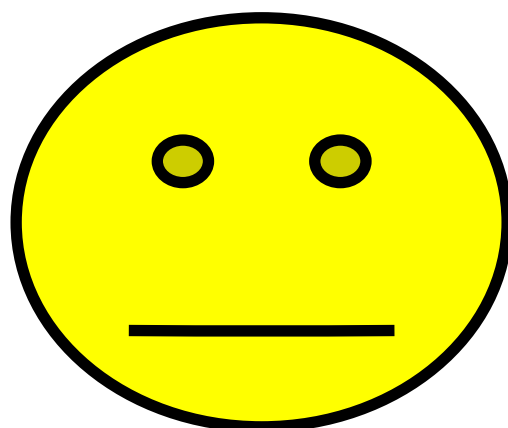
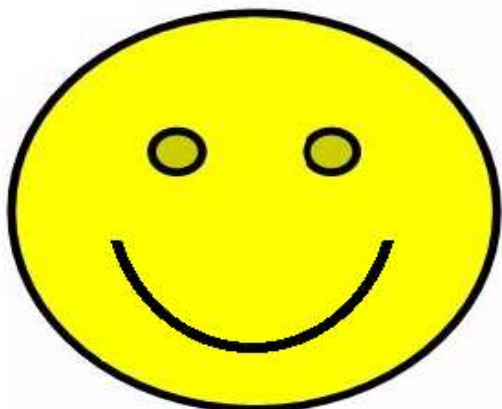
6) VOLNOČASOVÉ AKTIVITY



7) SLUŽBY



Smajlíci



ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Daniela Houdková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií PdF UP Olomouc
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Kvalita života dospělých osob s mentálním postižením v Bruntálském regionu
Název v angličtině:	Quality of life of adults with intellectual disabilities in Bruntál region
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou kvality života dospělých osob s mentálním postižením. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Cílem diplomové práce bylo získat poznatky (informace), o kvalitě života osob s mentálním postižením v zařízeních sociální péče. Další oblastí bylo zmapovat, jak jsou lidé s mentálním postižením v zařízeních sociální péče spokojeni. Mají-li možnost se vzdělávat, jestli mohou trávit svůj volný čas adekvátním způsobem a zda se mohou věnovat svým koníčkům. Dalším cílem bylo porovnat kvalitu života osob s mentálním postižením v jednotlivých typech zařízení sociální péče. K tomuto účelu byl realizován průzkum pomocí rozhovorové metody, kterého se zúčastnilo 50 respondentů z pobytových zařízení.
Klíčová slova:	Mentální postižení, klasifikace, diagnostika, kvalita života, práva osob s mentálním postižením, dospělost, zařízení pro osoby s mentálním postižením
Anotace v angličtině:	This thesis deals with problems of quality of life of adults with intellectual disabilities. It is divided into theoretical and practical. The aim of this thesis was to gain knowledge (information) about the quality of life of persons with mental disabilities in social care. Another area was to explore how people with intellectual disabilities in social care are satisfied.

	If they are allowed to be educated, whether they spend their free time adequately and whether they can pursue their own hobbies. Another objective was to compare the quality of life of persons with mental disabilities in various types of social care. For this purpose a survey was conducted by conversational method, which was attended by 50 respondents from residential facilities.
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, classification, diagnosis, quality of life, the rights of persons with mental disabilities, adulthood, facilities for persons with mental disabilities
Přílohy vázané v práci:	č. I: Desatero zásad prevence vzniku mentálního postižení č. II: Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením č. III: Poskytovatelé (agentury) podporovaného zaměstnávání č. IV: Rozhovorové schéma
Rozsah práce:	102 stran
Jazyk práce:	Český jazyk