

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

**Reflexe životní situace uživatelů chráněného bydlení  
v kontextu deinstitucionalizace**

Reflection life situation users protected independent living in the  
context of deinstitutionalization



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Bc. Tomáš Pauch

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc

2014

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Reflexe životní situace uživatelů chráněného bydlení v kontextu deinstitucionalizace“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne.....

Podpis: .....

Děkuji PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za vstřícný přístup a cenné rady, děkuji také respondentům za ochotu podílet se na výzkumné činnosti.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>5</b>
<b>A) TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Mentální postižení</b> .....	<b>7</b>
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení .....	7
1.2 Prevalence a etiologie .....	10
1.3 Tradiční klasifikace mentální retardace .....	12
1.4 Specifika člověka s mentálním postižením.....	16
<b>2. Člověk s mentálním postižením na cestě ke svobodě</b> .....	<b>19</b>
2.1 Přístupy společnosti k lidem s postižením napříč historií.....	19
2.2 Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.....	23
2.3 Člověk s mentálním postižením v chráněném bydlení .....	26
<b>B) PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>3. Formulace výzkumného problému</b> .....	<b>30</b>
<b>4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Design výzkumu</b> .....	<b>33</b>
5.1 Typ výzkumu .....	33
5.2 Metody získávání dat .....	33
5.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	34
<b>6. Výzkumný soubor</b> .....	<b>37</b>
6.1 Výběr výzkumného souboru .....	37
6.2 Popis výzkumného souboru .....	38
<b>7. Výzkumná zjištění a interpretace získaných dat</b> .....	<b>39</b>
7.1 Bydlení jako součást života člověka s mentálním postižením.....	39
7.2 Člověk s mentálním postižením v mezilidských vztazích .....	43
7.3 Práce šlechtí člověka s mentálním postižením .....	52
7.4 Samostatnost aneb já to zvládám bez pomoci .....	57
<b>8. Odpovědi na výzkumné otázky</b> .....	<b>61</b>
8.1. Jak srovnávají lidé s mentálním postižením svoje bydlení v ústavu a nyní v chráněném bydlení?.....	61
8.2. Jak lidé s mentálním postižením popisují jejich mezilidské vztahy v ústavu a nyní? ..	62
8.3. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na práci? .....	63
8.4. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na jejich samostatnost s ohledem na změnu prostředí? .....	64
<b>9. Diskuse</b> .....	<b>65</b>
<b>10. Závěry výzkumu</b> .....	<b>70</b>
<b>11. Souhrn</b> .....	<b>72</b>
<b>Literatura</b> .....	<b>76</b>
<b>Abstrakt</b>	
<b>C) PŘÍLOHY</b>	
Příloha č. 1 Výzkumná zpráva pro uživatele chráněného bydlení	
Příloha č. 2 Ukázka z výzkumného protokolu B	
Příloha č. 3 Zadání bakalářské práce	

## Úvod

Dnešní doba bývá nazývána časem, kdy upadá morálka a skutečné hodnoty se dostávají do pozadí. V přístupu společnosti k lidem s postižením dochází k paradoxní situaci. Společnost postupem času vykazuje silnou vyspělost, co se sociální stránky člověka týče. Lze spatřit postupné změkčování přístupu k lidem s postižením. Lidé s mentálním postižením žili po dlouhá staletí na okraji společnosti, trpěli posměchem ostatních či byli pronásledováni. Ve 20. století plnili tito lidé velkokapacitní ústavy sociální péče a jejich kvalita života tím trpěla. To se však mění, v novém miléniu se dostává člověku s mentálním postižením možnosti prožít důstojný život za branami ústavů, a to v novém domově, v chráněném bydlení.

Cílem této práce je zmapovat a porozumět životní reflexi osob s mentálním postižením, kteří odešli z ústavní péče a začínají žít samostatný život v chráněném bydlení. V rovině teoretické bude nastíněno mentální postižení v psychologickém či společenskohistorickém pojetí. Výzkumná část se pokusí objasnit životní reflexi člověka s mentálním postižením s ohledem na změnu prostředí.

Nynější situace je výsledkem transformace sociálních služeb, deinstitucionalizace, výrazně napomáhá k tomu, aby člověk s postižením mohl žít důstojným způsobem, tak jak si přeje on sám. My lidé, můžeme být na sebe hrdí, že směřujeme k hodnotám, jež mají pro člověka důležitý význam. Lidská svoboda je lidská, protože se týká lidí, dává každému člověku svobodu v rozhodování o jeho budoucnosti. Na druhou stranu je třeba zmínit, že přesto, že žijeme ve 21. století, najdou se lidé, kteří jsou ovlivněni určitou zastaralostí v názorech či předsudky. Transformační snahy nejsou jen o aktivitě státu či společnosti jako celku, ale i o jednotlivcích, vlastně o každém z nás. Záleží na nás, jaký přístup k lidem s mentálním postižením zvolíme. Nyní máme možnost se běžně setkávat s lidmi s postižením. Záleží na nás jestli je přijmeme, oni s námi chtějí žít. Nezavírejme jim tedy dveře, naopak otevřeme naše srdce i mysl a pomůžeme jim stát po našem boku.

## **A) TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Mentální postižení

## 1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

V současné době stojí v popředí nejen u nás, ale i ve světě dva pojmy, a sice **mentální retardace a mentální postižení**. Dávno v pozadí jsou již dnes zastaralé označení pro osoby se sníženými intelektovými schopnostmi. Tehdejší terminologie nazývala tyto lidi jako, intelektově vadné či úchylné, mentálně zaostalé či slabomyslné (Bajo, Vašek, 1994).

Pojem **mentální retardace** pochází ze dvou latinských slov mens (mysl, rozum) a retardare (opožďovat). Volně jej lze tedy přeložit jako opožděnost mentálního vývoje. Název mentální retardace zavedla Americká asociace pro mentální deficienci (AAMD) ve 30. letech minulého století, avšak tento pojem se začal v odborných kruzích rozšiřovat po Milánské konferenci, která proběhla v roce 1959 pod záštitou Světové zdravotnické organizace (Pipeková, 2006). Pojem mentální retardace nahradil dřívější pojmy (imbecilita, idiocie, debilita), které v běžné řeči nabyly vulgární konotace a byly užívány jako nadávky, což podněcovalo negativní postoj vůči osobám s mentálním postižením (Šelner, 2012).

Lečbych (2008) či Švarcová (2003) uvádí, že v současné odborné literatuře se vedle pojmu mentální retardace paralelně užívá pojem mentální postižení. *„Pojem mentální retardace z podstaty svého názvu upozorňuje na opožďování vývoje rozumových schopností a pomáhá mírnit pedagogickou a rehabilitační skepsi na možné zlepšení tohoto stavu“* (Lečbych, 2008, str. 16).

Švarcová (2003, str. 25) uvádí, že termín mentální retardace *„napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost překonávání tohoto stavu, naznačuje relativnost a plynulost opožďování, a zejména na rodiče působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte. Ve většině publikací jsou termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ používány jako synonyma“*.

Pojem „**postižení**“ se vztahuje k omezení jedince v jeho sociálním kontextu. Novosad (2000) chápe postižení jako neutrální fakt, jež změní až konzumní, výkonové či aspirační hodnoty současné společnosti v sociální znevýhodnění (handicap) postiženého jedince. „*Zda člověk s postižením bude či nebude handicapován, závisí tedy na postojích společnosti k jeho postižení*“ (Lečbych, 2008, str. 17).

Termín **mentální postižení** (intellectual disability) nachází uplatnění převážně v anglosaských zemích. V Austrálii se tento pojem užívá již několik desetiletí, existuje zde Australská společnost pro studium mentálního postižení (ASSID) či Národní rada pro mentálně postižené (NCID). Ve spojených státech amerických působí Americká asociace pro intelektová a ostatní vývojová postižení (AAIDD), která dlouhá léta nesla název Americká asociace pro mentální retardaci (AAMR). V evropských zemích a Kanadě je šířitelem tohoto pojmu uznávaný odborník Alan Carr, který je společně se spolupracovníky autorem rozsáhle publikace o mentálním postižení (The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice, 2007).

V tuzemském prostředí patří mezi zastánce užívání pojmu mentální postižení například Valenta a Müller (2004), kteří navíc doporučují pojmenovávat jedince s touto diagnózou jako **osoby s mentálním postižením**. Franiok, Kysučan (2002, str. 22) zdůrazňují, že „*mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti a teprve na druhém místě postižení*“. Tento postoj vychází z iniciativy hnutí „**People first**“, podle kterého je na prvním místě vždy člověk. Tím je vyjádřeno, že mentální retardace není zdaleka jedinou či základní charakteristikou člověka, nýbrž jednou z mnoha dalších osobnostních vlastností. Podle Vágnerové (2000) společnost vnímá postižení jako určující znak osobnosti jedince s postižením, často se tak vnímá i sám jedinec s postižením, což může zapříčinit změnu ve struktuře jeho osobnosti a z toho plynoucí reakce a způsoby chování.

Vzhledem k nejednotnosti terminologie v odborné literatuře budu v této práci používat oba pojmy (mentální retardace/mentální postižení) jako synonyma.



## **Definice mentální retardace**

Otázka definice mentální retardace nabízí pestrou paletu možných odpovědí. V odborné literatuře lze zaznamenat množství definic. Vágnerová (1999) definuje mentální retardaci, jako vrozený defekt rozumových schopností, přičemž nižší úroveň inteligence bývá spojena se změnou ve schopnostech či struktuře osobnosti.

Švarcová (2003, str. 24) považuje za mentálně retardované takové jedince, u nichž dochází *„k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“*.

Mezinárodní klasifikace nemocí (1992, str. 198) charakterizuje pojem mentální retardace jako *„stav zastaveného či neúplného vývoje, která je zvláště charakterizován zastavením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností“*.

Dolejší (1973, s. 38) shrnuje poznatky o mentální retardaci do obsáhleji pojaté definice. *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností 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 nasyčování základních lidských potřeb dítěte 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“*.

Přestože má mentální retardace místo v mezinárodních klasifikačních systémech nemocí (ICD, DSM) lze zaznamenat silný názorový proud hlásající, že mentální retardace není duševní nemocí, nýbrž stavem, který lze kompenzovat tak, že jedinec získá díky individuální podpoře schopnosti a dovednosti, které mu umožní lepší adaptaci ve společnosti.

## 1.2 Prevalence a etiologie

### Prevalence

Mentální postižení přetíná hranice všech kontinentů bez ohledu na etnikum či rasu, jeho výskyt je 10x častější než u mozkové obrny, 25x častější než u slepoty (Batshaw, 1997). Valenta a Müller (2003) zmiňují, že se po celém světě rodí každých 20 vteřin dítě s mentálním postižením, celkový počet jedinců s mentálním postižením se odhaduje na 200 miliónů. Co se týče situace v České republice, odhady odborníků směřují k celkovému počtu zhruba 300 tisíc osob s mentálním postižením (Valenta, Müller, 2004; Švarcová, 2003).

Lečbých (2008, str. 24) uvádí, že *„přesný počet lidí s mentální retardací, kteří žijí v České republice, není znám, neboť jejich evidence není úplná a jejímu vytváření zabraňuje nutnost dodržení lékařského tajemství“*. Přestože není znám absolutní počet, Švarcová (2003) či Pipeková (2006) na základě kvalifikovaných odhadů uvádějí, že mentální retardace postihuje asi 3% populace. 2,6% připadá na lehkou mentální retardaci, 0,1-0,2 % na těžkou a hlubokou mentální retardaci.

Ve srovnání s minulostí lze zaznamenat nárůst v počtu lidí s mentálním postižením. Příčinu tohoto nárůstu lze vysledovat v zlepšení lékařské péče, zkvalitnění diagnostiky a evidence. *„Tento vzrůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených ....., vzrůst počtu lidí s mentálním postižením se vysvětluje rovněž jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Díky stále se zdokonalující péči o děti v nejranějších stádiích vývoje se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu“* (Švarcová, 2003, str. 34).

Valenta a Müller (2003) dodávají, že zvýšený počet jedinců s mentálním postižením souvisí také s narůstající dynamikou vývoje civilizace, která klade větší nároky na jedince. Člověk, který by patřil před desítkami let do širší normy, dnes „spadá“ díky této dynamice pod její hranici.

## Etiologie

Když se narodí dítě s mentálním postižením často jsou lékařům ze strany rodičů či rodičům ze strany jejich okolí pokládána kauzální otázky: Proč? Jak se to stalo? Švarcová (2003) se domnívá, že nezřídka za touto otázkou je přání najít toho, kdo je „viníkem“. V případě příčin vzniku mentální retardace však neexistuje jasná odpověď, protože „*k mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí*“ (Švarcová, 2003, str. 55). Valenta a Müller (2003) zároveň poukazují na fakt, že přibližně u třetiny osob s mentální retardací se nelze dopátrat příčin jejího vzniku. V případě lehké mentální retardace se zhruba u 80% případů uvádí neurčený původ (Matulay, 1986).

Přesto se většina odborné literatury shoduje v rozdělení **příčin mentální retardace na endogenní a exogenní**. Endogenními vlivy se rozumí vlivy genetické. Genetické příčiny jsou nejčastějším faktorem pro vznik mentální retardace (Valenta, Müller, 2003). Drtílková (2001) uvádí u 25% případů mentální retardace jako příčinu chromozomální a metabolické poruchy. Anomálie chromozómů je příčinou vzniku Downova syndromu, Klinefelterova syndromu či Turnerova syndromu (Orel, 2012). Mezi další známé syndromy, které se spojují s mentální retardací patří Rettův syndrom, Prader-Willyho syndrom, Angelmanův syndrom nebo syndrom Kočičího křiku (Lečbych, 2008). Metabolické poruchy (týkající se metabolismu lipidů, sacharidů či aminokyselin) jsou příčinou vzniku mozkové lipoidózy, fenylylketonurie, glykogenózy, gargoylismu, hypotyreózy – kretenismu aj. (Švarcová, 2003).

Za vlivy exogenní se považují okolnosti provázející období gravidity, porodu a raného dětství (prenatální, perinatální, postnatální). V období prenatálním, tedy od početí po narození, je plod ovlivňován prostřednictvím organismu matky. Faktory poškozující normální vývoj dítěte se nazývají teratogenní faktory a patří mezi ně vlivy fyzikální (ionizující záření), chemické (užívání alkoholu, drog či léků) a biologické (virové infekce – např. zarděnková embryopatie či kongenitální syfilis) (Vágnerová, 1999). V období perinatálním, probíhajícím těsně před porodem, během porodu a těsně po porodu, se jako hlavní příčiny jeví hypoxie, kdy dochází k mechanickému poškození mozku v důsledku nedostatku kyslíku, nebo poranění hlavy dítěte během porodu či jinými traumaty CNS (Lečbych, 2008).

Postnatální období, které probíhá po narození dítěte, ohrožuje podobně jako u předchozího období poranění či zánět mozku, nebo traumatické vlivy do druhého roku života dítěte, jež mohou zapříčinit vznik mentální retardace (Vágnerová, 2004). Švarcová (2003) shledává příčinu vzniku mentální retardace v organickém poškození mozku, které vzniklo v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Z pohledu vývojového období, během něhož dochází k mentálnímu postižení je třeba rozlišovat mezi mentální retardací a demencí. V případě, že dochází k nedostatečnému rozvoji intelektu do 2. roku, jedná se o mentální retardaci, kdežto demence se diagnostikuje „až po ukončení senzomotorického stadia vývoje inteligence a po vytvoření počátku řeči a jednoduché komunikace, tedy nejdříve po druhém roce života dítěte“ (Lečbych, 2008, str. 28).

### **1.3 Tradiční klasifikace mentální retardace**

Mentální postižení charakterizuje snížená úroveň rozumových schopností, která se v psychologii označuje jako inteligence. Inteligenční kvocient (IQ), vyjadřující úroveň inteligence zavedl W. Stern. Vypočítá se jako podíl mentálního věku a chronologického věku, přičemž mentální věk je výsledkem standardizovaných testů, měřících úroveň inteligence. Tradiční klasifikaci mentální retardace podle hodnoty IQ dělí MKN-10 do šesti kategorií, a to: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. Nutno podotknout, že toto pojetí nezohledňuje kvalitativní zvláštnosti inteligence konkrétní osoby, a proto nelze tuto kvantitativní diagnostickou hodnotu přeceňovat (Svoboda, 1999). Číselné hodnoty je třeba brát s rezervou a spíše jako vodítka, určujícím faktorem pro určení pásma retardace má být především „kvalita zvládnutí životních nároků člověka v jeho prostředí“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, str. 151).

Americká Psychiatrická asociace přijala v roce 2013 nový manuál DSM-V, který reagoval na nedostatky DSM-IV, mj. došlo k přijetí pojmu intellectual developmental disorder (porucha intelektového vývoje) a zároveň kódy podléhající naměřené hodnotě IQ se již neuvádí (Americká Psychiatrická asociace, 2014).

Lečbých (2006, str. 14) nabádá k důsledné diferenciaci mezi jakkoliv vymezenými skupinami osob s mentálním postižením. *„Lidé, kteří jsou do těchto skupin zařazováni, netvoří homogenní skupinu, ale spíše soubor individualit, které se velmi liší úrovněmi uspokojování svých potřeb a svými možnostmi. I drobná odlišnost, která by se u lidí z pásma širšího průměru inteligence snadno ztratila, může působit v okrajovém pásmu inteligence lidí s mentální retardací dramatické rozdíly“*.

### **Lehká mentální retardace (F70, IQ 50 – 69)**

Je zastoupena až u 80% lidí s mentálním postižením. Diagnostikována bývá především v předškolním věku (někdy s nástupem do školy). Do třetího roku života dítěte s lehkou mentální retardací lze zaznamenat lehké opoždění v oblasti psychomotorického vývoje. Mezi třetím a šestým rokem se projevuje nápadněji. Objevují se problémy v řeči, pohybu, myšlení (snížená schopnost abstraktního a logického usuzování). V pozdějším věku dochází k rozvoji komunikačních schopností a tito jedinci jsou schopni užívat řeč účelně, nicméně pokud se dostanou do stresující situace jejich řečové stereotypy nejsou schopni použít (Klenková, 1996). Hlavní potíže se objevují při teoretické práci ve škole. *„Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků“* (Švarcová, 2003, str. 29). Přestože je vývoj proti normě pomalejší, většina dosáhne v pozdějším věku nezávislosti v osobní péči (hygiena, oblékání, jídlo) či praktických dovednostech, zvládnou i jednoduchá zaměstnání zaměřené spíše na manuální zručnost. Jak uvádí Lečbých (2006, str. 15) jedinci s lehkou mentální retardací *„vyžadují občasnou podporu v nových a složitých situacích, kterým nemusí rychle porozumět“*. Proto je nezbytné, aby například v místě jejich zaměstnání byl brán zřetel na jejich tempo a omezené schopnosti. *„Přes všechny obtíže je přijatelná pracovní činnost pro mentálně postižené lidi užitečná, rozvíjí a uchovává jejich kompetence a dává jejich životu náplň“* (Vágnerová, 1999, str. 158). Osoby s lehkou mentální retardací jsou nejčastějšími klienty podporovaného či chráněného bydlení vzhledem k jejich schopnostem, které jim umožňují žít samostatný život, přesto je vhodné určitý dohled v podobě osobní asistence, která nemusí být tolik časově náročná jako v případě středně těžké mentální retardace.

### **Středně těžká mentální retardace (F71, IQ 35 – 49)**

Tato kategorie je zastoupena zhruba u 10% lidí s mentálním postižením. Velmi často je středně těžká mentální retardace spojena s přidruženými neurologickými onemocněními (obzvláště epilepsie) či vývojovými pervazivními poruchami (zejména dětský autismus). Psychomotorický vývoj bývá značně opožděn, k diagnostice dochází v kojeneckém či batolecím období. Výrazněji bývá opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, osvojená slovní zásoba není bohatá, ale stačí k jednoduché komunikaci. V některých případech se však realizuje v podobě nonverbální komunikace skrze gesta. Důležitá je u těchto dětí podpora zaměřená obzvláště na stimulaci a aktivizaci řeči. Ačkoli se lze setkat v soudobé literatuře s tvrzením, že tito lidé nejsou schopni se vzdělávat, mohou se objevit případy, kdy dochází k osvojení základů čtení, psaní či počítání. *„V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách“* (Švarcová, 2003, str. 30).

### **Těžká mentální retardace (F72, IQ 20 – 34)**

V mnoha aspektech se tato kategorie podobá kategorii výše uvedené s tím, že je ve svých projevech výraznější, objevuje se u 5-10% osob s mentálním postižením. Většina osob spadajících do této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky či jinými přidruženými vadami spojenými s poškozením CNS. Dále u těchto jedinců dochází k minimálnímu rozvoji komunikativních dovedností. Maximem u dětí bývá osvojení jen několika málo slov, v některých případech se objevují jen skřeky. Jedinci v pásmu těžké mentální retardace bývají závislí na péči druhých po celý život, proto bývají často uživateli domovů pro osoby se zdravotním postižením, protože potřebují komplexní podporu v oblasti fyzické či psychosociální. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou vzhledem k rozsahu postižení značně omezené, ale jak podotýká Švarcová (2003, str. 31) *„zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života“*.

### **Hluboká mentální retardace (F73, IQ nižší než 20)**

Výskyt v celkovém počtu osob s mentálním postižením tvoří 1%, v populaci je to 0,03%. Většina jedinců spadajících do této kategorie se vyznačuje kromě zpomalení vývoje intelektu také zpomalením vývoje pohybového. V dospělosti se tyto osoby často stávají imobilními nebo jsou schopni jen minimálního pohybu, což v kombinaci s nízkou úrovní intelektu (na úrovni batolete) brání například pracovnímu uplatnění těchto lidí na trhu práce. *„Pobyt ve vlastních rodinách je velmi náročný. Tělesná postižení vesměs vyžadují pobyt v sociálních zařízeních se zdravotnickou péčí“* (Orel, 2012, str. 176).

Dalším charakteristickým znakem hluboké mentální retardace bývá neschopnost v sebeobsluze, u těchto jedinců se vyžaduje pomoc při základních životních úkonech (častá inkontinence). Schopnost porozumění řeči je malá, dorozumívají se neverbálně – jednoduchá gesta, zvuky. K částečnému rozvoji v oblasti motoriky či komunikace se využívá bazální stimulace. *„Ve většině případů lze určit organickou etologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus“* (Švarcová, 2003, str. 32).

### **Jiná mentální retardace (F78)**

Tato diagnostická kategorie se užívá v případě, že není možné změřit či určit stupeň postižení intelektu z důvodu přidruženého (smyslového, tělesného) postižení (včetně autismu).

### **Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Podle MKN-10 se tato diagnostická kategorie užívá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale z nedostatku informací o postižení není možné zařadit jedince do žádné z výše uvedených kategorií.

## 1.4 Specifika člověka s mentálním postižením

Lečbych (2008, str. 29) poznamenává, že podat alespoň obecný náčrt charakteristiky osob s mentální retardací je velmi složitý, zároveň dodává, že „i když se řada autorů shoduje, že v diagnostickém procesu je potřeba hledat silné stránky člověka s mentální retardací, setkáváme se v těchto kapitolách naopak s popisem nedostatků osoby s mentální retardací“. Představitelka současné pozitivní psychologie mentální retardace Dykens (2006) hovoří o mentální retardaci jako diagnóze založené na „negativech“, na tom co těmto osobám chybí, co postrádají (nedostatečné IQ, nedostatečná schopnost adaptace apod.). Lze to dobře zaznamenat ve výzkumu, který se zaměřuje na identifikaci negativního chování či symptomů, zřídka se věnuje pozitivním aspektům, jako např. životní spokojenost (Dykens, 2006).

Švarcová (2003, str. 35) podává přehled některých klinických projevů mentální retardace, kam patří:

- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků;
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů;
- snížená mechanická a logická paměť;
- těkavá pozornost;
- nedostatečná slovní zásoba a neobratnost ve vyjadřování;
- porucha vizuomotoriky a pohybové koordinace;
- snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům.

Primárním specifikem mentální retardace je postižení kognitivních funkcí, od nějž se odvíjí řetězec souvislostí, jež vedou k jedinečné adaptaci a vytvoření jedinečné osobnostní struktury (Lečbych, 2008). Z pohledu kognitivních procesů lze spatřit zvláštnosti u osob s mentálním postižením v oblastech smyslové percepce, pozornosti, paměti, představivosti či myšlení.



Rubinštejnová (1973) v oblasti **smyslové percepce** uvádí snížení rozsahu vnímání, narušení a diskriminaci figury a pozadí, nedostatečné prostorové vnímání, zhoršenou koordinaci pohybů, opožděnou diferenciaci akustického analyzátoru, nedokonalost vnímání času a prostoru aj. S bezprostředním vnímáním úzce souvisí **pozornost**. Kysučan (1982) charakterizuje pozornost u lidí s mentálním postižením sníženou schopností zaměřit se na více činností, nízkým rozsahem sledovaného pole či nestálostí a snadnou unavitelností.

V důsledku poruch pozornosti tak dochází k nedostatečnému zapamatování, neboť probíhá delší dobu. **Paměť** osob s mentálním postižením tak získává určitou specifickou. Aby si člověk s mentálním postižením lépe „pamatoval“ je nutné několikeré opakování. Valenta a Müller (2003) zmiňují, že paměť ovlivňují základní vlastnosti vyšší nervové činnosti, které mají tendenci u podmíněných spojů vyhasínat rychleji u osob s mentálním postižením než v případě intaktní populace. Z toho důvodu lidé s mentálním postižením upřednostňují učení mechanické než logické.

V oblasti **představivosti** lze spatřit u některých osob s mentálním postižením fenomén eidetismu, kdy vybavená představa má charakter vjemu (Lečbých, 2008). Jsou známé případy, kdy lidé s mentálním postižením znají „z paměti“ přesná data narození lidí, se kterými se stýkají, nebo dokonce celý kalendář podle jmen. Orel (2012) hovoří o syndromu mono savant, který postihuje jedince s IQ menším než 70, jež oplývají výraznou až mimořádně vyvinutou schopnost v jedné oblasti, například v paměti, lze však zaznamenat i výborné umělce či matematiky. Nedokonalost vjemů a počitků se u dětí s mentálním postižením se významně podílí na zpomalení vývoje dalších kognitivních procesů, zejména myšlení.

Lidé s mentální postižením jsou v oblasti **myšlení** neschopni abstrakce a generalizace, dále se vyskytují nepřesnosti v oblasti analýzy a syntézy. „*Pro myšlení osob s mentální retardací je charakteristická konkrétnost a schopnost logicky operovat pouze se známým a konkrétním materiálem*“ (Lečbých, 2008, str. 31). Myšlení osob s mentálním postižením je charakteristické stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitému způsobu řešení (Vágnerová, 1999).

S myšlením je úzce spjata **řeč**, která je také narušena. Objevuje se nepřesná výslovnost, specifická mluvnická stavba vět, snížená aktivní slovní zásoba, či dysartrie. Nejenom špatná výslovnost, ale to jak lidé s mentálním postižením komunikují se svým okolím vzbuzuje často pobouření u intaktní společnosti, která běžně člověka s mentálním postižením ignoruje v tom lepším případě, v tom horším může dojít i ke konfliktu. Lidé s mentálním postižením jsou skupinou, která je snadno zranitelná, prožívají často negativní životní zkušenosti, které mohou bez dostatečné sociální opory, vyústit v rozkolísání psychické rovnováhy a přispět tak k rozvoji psychické choroby. Lidé s mentálním postižením jsou nositeli psychických poruch několikanásobně častěji než ostatní populace, přičemž nejvíce je zastoupena schizofrenie, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti a poruchy chování.

## 2. Člověk s mentálním postižením na cestě ke svobodě

### 2.1 Přístupy společnosti k lidem s postižením napříč historií

V následující kapitole je v kontextu s myšlením, morálkou a vyspělostí dané společnosti osvětlen průběh a vývoj vztahu společnosti k lidem s postižením. Lidé se zdravotním znevýhodněním/postižením ať už tělesným, mentálním či duševním jsou již od pradávných časů součástí lidského rodu. Péče o jedince s postižením vždy odrážela aktuální stupeň vývoje společnosti, například odborné znalosti v dané době (Monatová, 1998).

V průběhu historie lze zaznamenat několik přístupů k jedincům s postižením. Některé lze charakterizovat milosrdností, další zas krutostí. Podle Pipekové (2006) dochází ve vývoji těchto přístupů k pokroku, a to ve směru od egoismu k altruismu.

#### **Pravěk**

Sovák (1977) dělí v průběhu historie přístup k lidem s postižením do několika stádií. Jako první uvádí stadium represe, které odpovídá období pravěku. Tato doba nepřála osobám s postižením, ti byli ze společnosti vyvrženi, důvod byl prostý - přežití kmene. Panovalo přesvědčení, že jedinci s postižením by mohli ohrozit životaschopnost kmenového společenství. Následkem **vyobcování** těchto jedinců byla jistá smrt. Antropologové soudí podle kosterních pozůstatků, že se lidé v pravěku zbavovali slabých a neschopných pro udržení rodu.

Titl (1998) však uvádí, že přežívali i jedinci, kteří se dožili vysokého věku a jejichž kosterní pozůstatky nesly známky tělesného postižení, což může dokládat určitou vyspělost sociální úrovně člověka v době pravěku. V dobách pravěkých se „zlí duchové“ z těla vyháněli pomocí magických obřadů, v období prvních civilizací se stává chrám místem - institucí, kde dochází k léčbě či potrestání (Pipeková, 2006).

## Starověk

Ve starověkých civilizacích v Řecku a Římě byla zvykem **infanticida**. Znamená to ten nejkrutější možný způsob a to zabíjení těch novorozenců, kteří nebyli zdraví či dostatečně silní. Na úpatí skal Taygetosu v tehdejší Spartě končil život těch dětí, jež otec po narození odmítl zvednout z prahu svého domu. V Řecku a stejně tak ve starém Římě byla novorozeňata opouštěna rodinou a odsouzena tak k téměř jisté smrti (Monatová, 1998).

Římská civilizace se nechala inspirovat Řeky a přejímá jejich přístup k slabším jedincům s tím rozdílem, že skály Tajgetu nahradila řeka Tiber, do které Římané házeli slabé děti nebo je vkládali do košíků a nechali plout po proudu. Podobně přistupovali k neduživým dětem například Indové, kteří je topili v řekách, kdežto Kartaginci v moři (Kábele, 1993). V Římě platil Zákon 12-ti desek, přičemž IV. deska přikazovala rychle **usmrtit zvláště obludné dítě**. Nejprve měl právo rozhodnutí ve své moci otec, co je však zajímavé, že později byl nutný souhlas pěti sousedů. Římský filosof Seneca se domníval, že důvodem proč Řekové usmrcují neduživé děti není hněv a zlost, ale že jednají **v duchu zásady rozumu, oddělením špatného od dobrého** (Müller, Valenta, 2007).

V pozdějším Řecku o dětech, které měli viditelné postižení rozhodovala rada starších, přičemž neduživé děti byly odkládány do hliněných nádob podél cest s tím, že když měl někdo zájem, dítě si osvojil. V případě dětí pocházejících z rodin z vyšším postavením rodina obstarala vhodnou péči. Pokud bylo dítě z nemajetných poměrů převládal nepříznivý postoj společnosti vůči těmto jedincům, byli považováni za méněcenné, na tzv. „**trzích bláznů**“ byli považováni za zboží a prodáváni bohatým k jejich obveselení (Titzl, 1998).

## Středověk

Období středověku lze charakterizovat **ambivalentním postojem** vůči jedincům s postižením. Toto období je silně ovlivněno náboženstvím, což se projevilo v určité dvousečnosti postojů k lidem s postižením. Jedni považovali „blázny a šilence“ za šťastlivou boží volbu, což podněcovalo člověka zbožného k pomoci těmto lidem dobrým skutkem. Druzí tyto „dětí štěstěny“ považovali za „zplozence ďábla“, kteří byli potrestáni za hříšný život a podle toho s nimi zacházeli.

Codex Theodosianus nařizoval **potrestání všech posedlých**, jedinci s postižením se tak stávali předmětem démonologie (Zvolský, 1994). Člověk s postižením se tak stal nositelem zlověstného znamení, určeným k záhubě. Díky vzestupu moci církve nastupuje ale také ideologie založená na ideálu křesťanské lásky k bližnímu. **Láska k bližnímu, lítost a soucit nad trpícími** vede člověka zbožného k povinnosti pomáhat slabším a potřebným. Objevují se první naleziště pro děti s postižením, výrazným způsobem ubývá infanticida. Ve větších evropských městech i v Byzantské říši vznikají klášterní hospitály, ve formě útulků pro staré, nemohoucí a jedince s postižením, přičemž ošetřovateli se stávají duchovní, jeptišky a mniši (Zvolský, 1994).

Přesto ale mezi většinou společností přetrvával negativní postoj vůči lidem s postižením, kteří byli považováni za duchem posedlé. Později tento negativní postoj zesílil, obzvláště poté, co papež Inocenc VIII. vydal dokument „Summis Desiderantes“, který brojil proti čarodějnictví (Müller, Valenta, 2007). Tento dokument se stal ostrou municí v rukách lovců čarodějnic a zároveň se stal ideovým základem pro později vydanou knihu **Kladivo na čarodějnice**, která se těšila velké oblibě v tehdejší době. Dnes lze pouze spekulovat, zda-li se objevil na hranici člověk, který by dnes nesl diagnózu mentální retardace.

## **Renesance**

K podstatným změnám v přístupu k lidem s tělesným, mentálním či duševním postižením dochází v období humanismu a renesance, neboť se začíná prosazovat myšlenka či **požadavek vzdělání všem, tedy i lidem s postižením**. Komenský je nazýván učitelem národů proto, že jeho pedagogické myšlenky inspirovaly celou Evropu, čímž významně ovlivnil následný vývoj ať už v pedagogice či přístupu k lidem s postižením. Komenský (in Müller, Valenta, 2007, str. 23) si kladl otázku: *„Je otázka, zda tedy i slepí, hluší a zaostalí (jimž se totiž pro ústrojný nedostatek nemůže něco dostatečně vštípit) mají býti přibráni ke vzdělávání? Odpovídám: 1. Z lidského vzdělávání se nevyjímá nic, leč nečlověk. Pokud tedy mají účast na lidské přirozenosti, potud mají míti účast na vzdělání. Ba spíše tím více pro ně větší nutnost vnější pomoci, když si příroda pro vnitřní nedostatek nemůže dosti pomoci sama. Poněvadž je tedy vždycky někudy poskytnout přístup k rozumné duši, má se světlo vpouštěti tudy, kudy je možno“*.

Komenský zasluhuje zvláštní pozornost právě proto, že na vzdělávání žáků s mentálním postižením používal principy (individuální přístup, názornost a konkrétnost), které se používají i v dnešní době, nejen při vzdělávání těchto dětí, ale i dospělých například v chráněném bydlení při nácviku různých činností.

### **Novověk**

V novověku bylo postižení vnímáno podobně jako v dřívějších obdobích, nicméně se po celém evropském kontinentu mění pohled společnosti na lidská práva a jejich dodržování, to se týkalo i lidí s duševním postižením. S ohledem na člověka s duševním postižením (například s mentální retardací) byl významným hybatelem změny v péči o tyto osoby francouzský zakladatel moderní psychiatrie Philippe Pinel, jenž otevřel bránu k cestě morální léčby v nově vzniklých psychiatrických léčebnách.

Pinel s trochou nadsázky sejmul pacientům okovy z pout, zasadil se tím **o lidský přístup v zacházení s jedinci s postižením**. Pinel a jeho kolegové docílili toho, že se i v dalších špitálech a zařízeních pro lidi s postižením projevila lidskost, která zmírnila lidské utrpení, které dříve tito lidé museli snášet v nehostinných podmínkách, jež popisuje Foucault (1993, str. 150 ) následovně: „ ..., *cely na něj zapůsobily otřesným dojmem. Od většiny se mu dostalo pouze nadávek a hrubostí. Pokračovat v šetření nemělo smysl. Obrátil se k Pinelovi: Nezbláznil ses ty sám, občane, že chceš pustit na svobodu takováhle zvířata? Pinel mu klidně odpověděl: Jsem přesvědčen, občane, že jsou tak neovzvládnutelní právě jen vinou toho, že jim chybí vzduch a svoboda*“.

### **Institucionální péče v průběhu 19. a ½ 20. Století**

Vliv humanizace byl patrný i v 19. století, kdy byly zakládány první ústavy pro lidi s mentálním postižením. První ústav byl pro lidi s mentálním postižením vybudován v Interlaken, přičemž o jeho založení se zasloužil Johan Guggenbühl. Tento ústav sloužil jako inspirace a podoba tohoto zařízení se šířila do dalších evropských států. U nás byly první ústavy pro lidi s mentálním postižením zakládány koncem 19. století. „*Organizovaná ústavní péče u nás se datuje od roku 1871. Je spojena se založením Ernestina v Praze, což bylo první zařízení pro mentálně retardované u nás. Zakladatelem a prvním ředitelem byl MUDr. Karel Slavoj Amerling. Posláním Ernestina byla ochrana mentálně postižených a jejich začlenění do společnosti*“ (Pipeková, 2006, str. 300).

V tuzemském prostředí byly dále pořádány tzv. **Čádovy sjezdy**. V roce 1909 se konal první český sjezd pro péči o slabomyslné s heslem „Zakládejte řádné ústavy pro slabomyslné a dobré pomocné školy“. O dva roky později řeší druhý sjezd problematiku ústavů na Moravě. Během třetího sjezdu byla řešena otázka zlepšení života mentálně retardovaných z hlediska pedagogického či sociálního postavení (Eisová, 1983).

## **2.2 Transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením**

### **Předrevoluční období**

Šedesátá léta minulého století jsou ve světě spojena s projevem svobody a kladení důrazu na lidská práva. Organizace či skupiny rodičů dětí s mentálním postižením pochopily, že samostatné úsilí jednotlivců o zkvalitnění péče nestačí, proto ustanovují Evropskou ligu společností mentálně handicapovaných, jejímž požadavkem bylo, aby společnost nabídla těmto lidem **potřebné služby nikoli na základě dobročinnosti, ale na principu dodržování jejich práv** (Švarcová, 2003). Organizace Spojených Národů přijala v roce 1971 Deklaraci práv mentálně postižených osob. Do popředí se dostala myšlenka, že všichni občané mají právo na rovnoprávnost, že je třeba podporovat samostatnost a nezávislost lidí s mentálním postižením (Lečbych, 2006).

V bývalém Československu cestě k polidšťování podmínek života v ústavech bránil komunistický režim. Panovalo přesvědčení, že pro lidi s mentálním postižením je ústavní péče nejlepší variantou. Tato **péče byla soustředěna však jen na zajištění základních potřeb** (strava, bydlení). Tehdejší systém zavíral oči nad problematikou mentální retardace, ústavy byly situovány v okrajových částech republiky, pokud možno někde na samotě, co nejdál od civilizace. Pokud rodiče nechtěli dát dítě s mentálním postižením do ústavu, byli odkázáni jen sami na sebe. Na konci šedesátých let u nás vzniká díky úsilí několika rodičů dětí s mentálním postižením dobrovolná organizace Sdružení pro pomoc mentálně postiženým (SPMP). V roce 1969 na půdě Pedagogické fakulty univerzity v Olomouci vyhlásila Božena Gürtlerová ustavení Národního sdružení pro pomoc mentálně postižením. *„Od počátku své existence bylo Sdružení iniciátorem i realizátorem různých forem zdokonalování péče o mentálně postižené. Členové Sdružení se zasazovali a vlastními silami pomáhali při budování zařízení pro mentálně postižené, denních i týdenních i celoročních ústavů“* (Švarcová, 2003, str. 158).

Spolupráce se státním aparátem byla tehdy však obtížná, režim podobným iniciativám nepřál, přesto však toto Sdružení nepolevilo ve svém úsilí a výsledkem tak bylo zlepšení podmínek v ústavech. Vznikaly pohybové, dramatické či taneční kroužky, byly pořádány výlety (Wagnerová, 2002).

### **Porevoluční transformace sociálních služeb**

V posledních desetiletích dochází ve vyspělých zemích západního světa k významným změnám v přístupu k lidem s mentálním postižením. Česká republika není výjimkou, po pádu komunismu postupně zesiluje **snaha o začlenění této specifické skupiny do běžného života v co nejpřirozenějším prostředí**. Postupně tak dochází k transformaci sociálních služeb, která byla již započata před pádem komunismu, ale právě pád železné opony přispěl k tomu, že se transformace sociálních služeb mohla rozběhnout na plné obrátky. Často lze slyšet názory, že právě komunistický režim nás zpomalil oproti vývoji ve světě. Například Švédsko či Norsko dnes nemají žádné ústavy, lidi s mentálním postižením žijí již několik desetiletí v běžné společnosti v chráněných bydleních.

Transformační proces představují změny v sociálních službách, které umožňují, aby všichni lidé měli stejné příležitosti bez ohledu na to, zda jsou zdraví a silní nebo zda mají zdravotní potíže. V období před pádem komunismu byla u nás péče o lidi s mentálním postižením poskytována formou ústavní péče. Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení nařizoval ústavům sociální péče pro mentálně postižené poskytnout bydlení, zdravotní péči a také výchovu a vzdělávání pro děti a mládež. Na konci devadesátých let se hlavním cílem sociální politiky v oblasti ústavní péče stává transformace velkých ústavů sociální péče v modernější formy trvalé péče.

V novém tisíciletí Ministerstvo práce a sociálních věcí vydává Standardy kvality sociálních služeb, přičemž koncepce tohoto metodického materiálu vychází z naplňování základních lidských práv a svobod (Švarcová, 2003). V roce 2006, kdy vzniká pod záštitou OSN Úmluva o právech osob s postižením, jejíž součástí je i článek 19, který přisuzuje lidem se zdravotním postižením **právo na možnost volby místa pobytu, i toho, kde a s kým budou žít**.



Myšlenka poskytnout lidem s postižením možnost žít běžný a samostatný život v bytě, či domě, pracovat, žít v partnerství a volný čas trávit dle vlastních představ se stala zásadní pro rozhodnutí k opuštění ústavů. „Cílem Úmluvy je odstranit existující překážky, které brání osobám se zdravotním postižením, ať už se jedná o postižení fyzické, duševní, mentální nebo smyslové, zapojit se do plnohodnotného života. Jednotlivá ustanovení Úmluvy ukládají státům povinnost zabránit diskriminaci osob se zdravotním postižením v různých oblastech života“ (Michalík in Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, str. 65).

Česká Republika ratifikovala tuto Úmluvu a tím se zavázala ke změnám v sociálních službách. Vláda ČR přijala v roce 2007 dokument „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné **typy sociálních služeb poskytované v přirozené komunitě** uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. V roce 2007 zároveň vchází v platnost dlouho očekávaný zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jehož hlavním smyslem je posilování sociálního začleňování osob, které jsou méně či více závisle na pomoci druhé osoby.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006, který vešel v platnost 1.1. 2007, ustanovuje základní zásady poskytovaných služeb takto: „*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 posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob*“.

V této době dochází ke změně názvu a tak se z bývalých Ústavů sociální péče staly Domovy pro lidi se zdravotním postižením.

### **Deinstitucionalizace**

Transformace institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní představuje tzv. deinstitucionalizaci. „*Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých*

zařízeních. A směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech, v společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v městské zástavbě“ (Švarcová, 2003, str. 143).

Deinstitucionalizaci lze velmi zjednodušeně popsat jako proces přeměny, kdy dochází k odchodu z ústavu do péče komunitní, pro přímého aktéra deinstitucionalizace to s trochou nadsázky znamená, že dnes je člověk s mentálním postižením v ústavu a zítra doma, např. v chráněném bydlení. Hlavními aktéry deinstitucionalizace jsou právě tito lidé. Nejprve jsou klientem ústavu, posléze získávají novou životní perspektivu v podobě **přechodu z ústavní péče přímo do „života“ v bytových jednotkách.**

Poslání deinstitucionalizace formuluje Müllerová (2013, str. 5) takto: *„Jedna postel, jedna skříň, k tomu jedna police. Sedm lidí na pokoji. Organizované hromadné vycházky na zahradu, koupání, povinný polední a noční klid. Všechno pod zámkem. I tak vypadá život lidí v ústavu. Nemají soukromí a podřídí se musí ostatním. V domácnostech, kam díky projektu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR Podpora transformace sociálních služeb odchází stále více klientů ústavních zařízení, je život úplně jiný. Každý klient má svůj vlastní pokoj, své zázemí a přátele. Může si kdykoli pozvat na návštěvu a uvařit jí nebo i sobě, na co má zrovna chuť. A také si zvolit takový způsob trávení volného času, jaký mu vyhovuje.“*

## 2.3 Člověk s mentálním postižením v chráněném bydlení

### Chráněné bydlení

Posláním chráněného bydlení je poskytnutí podpory dospělým lidem s mentálním znevýhodněním, kterou potřebují k tomu, aby mohli **žít v běžných domácnostech způsobem života srovnatelným s životem ostatních lidí**, kteří nevyužívají sociální služby. Podpora je poskytována podle individuálních potřeb klientů, aby mohli podle svých schopností a možností přebírat zodpovědnost za svoje bydlení a svůj život.

Základním principem a zásadou, na které je chráněné bydlení postaveno je, že člověk s mentálním postižením představuje unikátní hodnotu, stejně jako všichni ostatní lidé by měli mít možnost osobní svobody při usilování o plnění jejich přání a zaujetí vlastního místa ve společnosti.

Chráněné bydlení se snaží o to, aby míra podpory umožňovala uživatelům v maximální míře uchopit **rozhodování do vlastních rukou, možnost volby a sebeurčení** je jedním z nejdůležitějších témat. Vzhledem k individualitě jednotlivých uživatelů je nutná pružnost reagování na potřeby jednotlivých uživatelů. Důraz je kladen na rozvoj či udržení zájmů a schopností a vytvoření takových podmínek, které vedou k větší samostatnosti u lidí s mentálním postižením.

Uživateli či klienty chráněného bydlení se stávají dospělí lidé s mentálním postižením, kteří mají zájem a jsou schopni učit se dovednostem i péči o vlastní osobu v chráněných bytech. Lidé s mentálním postižením, kteří se stávají klienty chráněného bydlení za tuto službu platí, konkrétně za poskytnutí ubytování, stravu a poskytovanou péči. Podle § 51 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytuje služba chráněné bydlení podporu v oblastech:

- a) *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- b) *poskytnutí ubytování,*
- c) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- d) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) *sociálně terapeutické činnosti,*
- h) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Chráněné bydlení poskytuje bydlení s podporou. Podporu lidem s mentálním postižením zajišťují **osobní asistenti**, kteří za nimi docházejí bytu či domu, ve kterém žijí. Míra podpory je u jednotlivých uživatelů chráněného bydlení různá. V současné době nabízí chráněné bydlení Duha v Praze i Dolmen v Liberci ubytování ve 4 typech chráněných bytů s různým rozsahem asistence:

- a) Byt s 24 hodinovou asistencí – uživatel má k dispozici asistenta nepřetržitě celý den
- b) Byt s noční asistencí – uživatel potřebuje asistenci i v průběhu noci
- c) Byt s každodenní asistencí - uživatel využívá asistenci několik hodin denně
- d) Byt s asistencí 5 dní v týdnu a méně - uživatel potřebuje pomoc asistenta při konkrétních činnostech pouze některé dny v týdnu.

Byty v chráněném bydlení se neliší od běžné domácnosti. Do všech běžných domácích prací se zapojují jednotliví členové domácnosti. Nákupy, vaření, úklid, mytí nádobí, praní, žehlení, to jsou činnosti, které vykonávají sami uživatelé chráněného bydlení, někdy také za pomoci osobních asistentů (obzvláště v začátcích pobytu v chráněném bydlení). Je zde kladen důraz na to, aby se každý uživatel naučil **využívat co nejvíce svých vlastních schopností** a nemusel se spoléhat na pomoc svého okolí.

Pro účely výzkumné činnosti byly vybrány chráněné bydlení z Prahy (Duha) a Liberce (Dolmen).

**Občanské sdružení Společnost Duha** - integrace osob s mentálním postižením vzniklo počátkem roku 1992. Hlavním posláním bylo zajišťovat pomoc pro dospělé lidi s mentálním postižením na jejich cestě k plnohodnotnému životu. V roce 1992 přijala nabídku finanční podpory nadace AJ JDC pro zavádění chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením a začala tento program jako první v republice rozvíjet. V první etapě byly otevřeny chráněné byty, v následujících letech se počet bytů zvyšoval a s tím rostla komplexnost služeb.

**Obecně prospěšná společnost Dolmen** - Agentura pro chráněné bydlení vznikla v roce 2006 za účelem podpory uživatelů domovů pro osoby se zdravotním postižením při přechodu do služby chráněného bydlení a poskytování této služby v Libereckém kraji. První lidé s mentálním postižením se do chráněného bydlení společnosti stěhovali v roce 2007. Prioritně je služba určena lidem, kteří dosud žili v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústavech).

## **B) PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3. Formulace problému

Otázce reflexe životní situace lidí s mentálním postižením s ohledem na změnu prostředí se doposud věnovalo pramálo výzkumných prací. V našem prostředí tomu nahrává i fakt, že neexistuje dostatek odborné literatury zpracovávající problematiku chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením, která by popsala téma v jeho komplexnosti. Publikace o chráněném bydlení jsou určeny především poskytovatelům těchto služeb, zabývají se otázkami organizace, financí či metodikou, postrádají však psychologické souvislosti života v chráněném bydlení.

Ve výzkumné oblasti lze narazit na minimum prací, které se věnují problematice sociálních služeb a jejich proměn s ohledem na jejich uživatele, tedy lidí s mentálním postižením. Účastníky těchto výzkumů bývají převážně pracovníci či zaměstnanci pobytových služeb, nebo rodiče uživatelů těchto služeb. V zahraničním výzkumu lze zaznamenat několik studií, které se zaměřují na pohled samotných uživatelů pobytových služeb na jejich život v komunitním bydlení. Tyto výzkumy však probíhají v jiných podmínkách, proto je nelze přijímat v našem prostředí bez výhrad, odehrávají se totiž v jiných formách a typech zařízení. Odlišnosti jsou patrné i v oblasti financování či v míře integrace a inkluze osob s mentálním postižením do společnosti.

Problémem je tedy absence výzkumu v českých podmínkách, který by se zaměřoval na psychologické aspekty a souvislosti, týkající se změny prostředí v oblasti bydlení. Hlavním problémem je nedostatečná pozornost věnovaná samotným uživatelům sociálních služeb, kteří jsou přímými aktéry těchto změn. Transformace sociálních služeb je v dnešní době aktuální, vytváří prostor a podporu pro snazší zapojení osob s mentálním postižením do společnosti, proto lze považovat zjišťování reflexe životní situace uživatelů sociálních služeb s ohledem na změnu prostředí za přínosné. Tyto reflexe mohou být podnětem k neustálému zlepšování podmínek v jednotlivých zařízeních, které se mohou následně zrcadlit v kvalitě života osob s mentálním postižením.

## 4. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

**Cílem** výzkumu je vystihnout klíčová životní témata a změny v životech lidí s mentálním postižením, ke kterým dochází v důsledku deinstitutionalizace, zjistit, respektive zmapovat život lidí s mentálním postižením v ústavní péči a v chráněném bydlení. Hlavní výzkumnou otázkou této práce je, jak reflektují lidé s mentálním postižením svojí životní situaci v ústavu a životní situaci nyní „doma“ v chráněném bydlení. Protože je stěží možné prozkoumat všechny aspekty zkoumaného problému bylo třeba využít konkrétních **výzkumných otázek**, které výzkumníkovi umožňují zúžit výzkumný problém tak, aby byl reálně zkoumatelný (Strauss, Corbinová, 1999). V průběhu hledání konkrétních výzkumných otázek se objevilo přehršel témat, která by bylo lze sledovat. Výčet výzkumných otázek obecnějšího či konkrétnějšího rázu, které v průběhu výzkumu výzkumníka napadaly, zní:

- Jak lidé s mentálním postižením reflektují svou životní situaci během období jejich pobytu v ústavu?
- Jak lidé s mentálním postižením hodnotí současnou životní situaci nyní v chráněném bydlení?
- Jak se mění životní situace člověka s mentálním postižením po vstupu do chráněného bydlení?
- Vnímají lidé s mentálním postižením změnu v jejich životě s ohledem na změnu prostředí, jak jí hodnotí?
- Jaké problémy souvisí se změnou životního prostředí?
- Jaké jsou souvislosti změn v reflexi životní situace v jednotlivých oblastech života?
- Co lidé s mentálním postižením získávají či ztrácejí změnou prostředí?
- Jaké problémy souvisí se změnou životního prostředí?
- Jaký vliv má chráněné bydlení na rozvoj samostatnosti u lidí s mentálním postižením?
- Jak se projevují v životě člověka s mentálním postižením jeho finanční možnosti?
- Jak ovlivňuje deinstitutionalizace integraci lidí s mentálním postižením do společnosti?
- Jaké změny popisují lidé s mentálním postižením v otázce trávení volného času a jejich zájmů s ohledem na změnu prostředí?

Finální verze výzkumných otázek, které byly použity pro realizaci výzkumu zní:

1. Jak srovnávají lidé s mentálním postižením svoje bydlení v ústavu a nyní v chráněném bydlení?
2. Jak lidé s mentálním postižením popisují jejich mezilidské vztahy v ústavu a nyní?
3. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na práci?
4. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na jejich samostatnost s ohledem na změnu prostředí?



## 5. Design výzkumu

### 5.1 Typ výzkumu

S ohledem na charakter výzkumného záměru, jež si klade za cíl popis (deskripci), se jeví jako ideální varianta **neexperimentálního výzkumného plánu**. V rámci neexperimentálního výzkumného plánu je těžištěm pozorování a popis problému, nikoliv cílená manipulace se zkoumanou realitou. Ferjenčík (2000) nazývá tyto výzkumné plány jako **vzorkové přehledy**. Vzorkem tohoto výzkumu jsou lidé s mentálním postižením, kteří část života prožili v ústavní péči a nyní žijí v chráněném bydlení. Vzhledem k faktu, že tato oblast není dostatečně probádána doporučuje v takových případech Ferjenčík (2000) užití **orientačního výzkum**, jenž je zaměřen na orientaci a porozumění dané problematice (získání vhledu) o níž víme velmi málo. S ohledem na cíl výzkumu a použití kvalitativních metod se pojímá orientační výzkum zároveň jako **kvalitativní výzkum**, jež se snaží porozumět interpretaci lidských zkušeností. Z pohledu kvalitativního přístupu by bylo lze zařadit tento výzkum mezi **případové studie**, kdy případem se rozumí jasně vymezená skupina s určitou charakteristikou, v tomto případě se jedná o lidi s mentálním postižením, kteří žijí v chráněném bydlení.

### 5.2 Metody získávání dat

Data do výzkumu byla získána ze 3 zdrojů: 1.) od lidí s mentálním postižením, kteří jsou uživateli chráněného bydlení, a to prostřednictvím rozhovoru a ohniskové skupiny; 2.) od lidí, kteří jsou těmto lidem s mentálním postižením blízcí (rodinní příslušníci), prostřednictvím rozhovoru; 3.) od osobních asistentů, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení, prostřednictvím rozhovoru.

Lidé s mentálním postižením mívají problém například se čtením či porozuměním textu, proto je použití testových nebo dotazníkových metod značně omezené. Nejen z tohoto důvodu, ale i s ohledem na cíl výzkumu a specifčnost výzkumného souboru se jevila jako nejvhodnější metoda rozhovoru.

V případě tohoto výzkumu byla použita metoda **polostrukurovaného rozhovoru** (semistrukturované interview), kdy má výzkumník (tazatel) předem připravený okruh otázek, přičemž jejich pořadí či formulace lze měnit při zachování jádra rozhovoru (Miovský, 2006). V případě doplnění či objasnění nově objeveného tématu bylo užito tzv. sekundárních otázek, které nejsou před rozhovorem připraveny, přičemž jejich hlavní funkcí je rozvinout či upřesnit nově objevené téma (Ferjenčík, 2000).

Rozhovory s primárním zdrojem dat tohoto výzkumu, tedy s lidmi s mentálním postižením byly realizovány v jejich bytových jednotkách. Ještě před realizací těchto rozhovorů došlo k několika informativním schůzkám, z důvodu navázání větší důvěry. Rozhovory (celkem 7) byly nahrávány s jejich informovaným souhlasem na diktafon. Celková doba rozhovoru se pohybovala v rozmezí 30 - 50 minut. V průběhu analýzy získaných dat po prvních rozhovorech byl později okruh otázek upraven, aby lépe vyhovoval cíli výzkumu.

Další použitou metodou v získávání dat od účastníků výzkumu byla **polostrukurovaná ohnisková skupina**, kterou tvořily 4 lidé s mentálním postižením. Diskuse byla vedena výzkumníkem, při zachování osnovy předem připravených tematických okruhů, trvala 45 minut a s informovaným souhlasem participantů byla nahrávána na diktafon. Ohnisková skupina využívá skupinové dynamiky, interakcí uvnitř skupiny. Lze tak získat informace o tématech, které zahrnují více úrovní různých zkušeností (Morgan, 2001). V případě dalších zdrojů dat, tedy osobních asistentů participantů (4) a osob blízkých participantům (4) byla použita forma semistrukturovaného interview. Rozhovory byly nahrávány s jejich informovaným souhlasem na diktafon, délka trvání těchto rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20 - 30 minut.

### **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

Data, získaná prostřednictvím rozhovorů a ohniskové skupiny, byla pořízena v podobě audiozáznamu (diktafon). Na základě těchto audiozáznamů byl vytvořen doslovný přepis – **verbatim**. Následně byla provedena **redukce prvního řádu** (Miovský, 2006), která vede k anonymizaci účastníků výzkumu a eliminaci tzv. slovní vaty.

Anonymizace proběhla tak, že primárním účastníkům výzkumu (tj. uživatelům chráněného bydlení) byla přiřazena písmena abecedy podle pořadí, v jakém rozhovory probíhaly (A – K). Osoby blízké primárním účastníkům výzkumu (L, M, N, O), osobní asistenti primárních účastníků výzkumu (P, Q, R, S). Další jména osob, či názvy institucí, která se objevovaly v datech byly nahrazeny kódem XXX, aby byla zajištěna ochrana soukromí a anonymita všech osob, o kterých se účastníci výzkumu zmiňovali. Výzkumník byl označen písmenem Z.

Současně s úpravou přepisu do anonymní podoby probíhala eliminace slov a slovních spojení bez významu, tj. vyloučení nepodstatných slov ve větě. Díky této redukci došlo k zpřehlednění výsledných **výzkumných protokolů**. Protokoly byly označeny podle písmen, která byla respondentům výzkumu přidělena. Protokol ohniskové skupiny (označen FG) obsahoval doslovný přepis průběhu ohniskové skupiny, včetně poznámek výzkumníka.

V následující fázi probíhala analýza dat podle postupů **zakotvené teorie** Strausse a Corbinové (1999), která se řídí principy otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Princip zakotvené teorie spočívá v procesu tvorby a ověřování teorie pomocí systematického shromažďování dat a jejich následné analýze. Po transkripci všech rozhovorů bylo provedeno **otevřené kódování**. Po důkladném pročitání rozhovorů analýza dat nejprve probíhala jako **označování jevů**, kdy byly jednotlivým skupinám jevů přiřazovány **pojmy**. Všechna označení (pojmy) byly seskupeny do induktivně odvozených **kategorií** na základě jejich podobnosti. Současně s otevřeným kódováním bylo provedeno **kódování axiální**, kdy docházelo k hledání vztahů a souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi, jež sloužily k vytváření hypotetických výroků, které byly upravovány a ověřovány s ohledem na původní verbatimy rozhovorů a nově získaná data.

Při hledání způsobu, jak získaná data a vztahy mezi nimi srozumitelně prezentovat došlo k inspiraci u postupu **selektivního kódování**, kdy se nashromážděná data za pomoci otevřeného a axiálního kódování shrnují vytvořením centrální kategorie, jež je osou příběhu vznikající teorie. Nalezení centrální kategorie se stává konečným cílem zakotvené teorie. V rámci tohoto výzkumu však došlo k odchýlení od této teorie, analýza dat a způsob jejich prezentace spočívali v podobě popisu sledovaných životních témat. Výsledky

analýzy se pokouší tematicky reflektovat průběh sledovaných klíčových témat života osob s mentálním postižením s ohledem na změnu prostředí.

Validita výzkumu byla zajištěna využitím techniky triangulace metod, kdy jsou data získávána různými metodami (rozhovor, ohnisková skupina) a využitím triangulace zdrojů, ve které jsou data získávána z více zdrojů (osoby s mentálním postižením ze 2 měst, osoby blízké lidem s mentálním postižením, osobní asistenti).

## 6. Výzkumný soubor

### 6.1 Výběr výzkumného souboru

V kvalitativním výzkumu je výzkumný soubor vybírán **nepravděpodobnostními metodami výběru**. Miovský (2006) zmiňuje, že se u těchto metod vyskytuje pravidlo znárodnění velmi málo. Výběr výzkumného souboru byl proveden metodou **záměrného výběru**. S ohledem na stanovená kritéria byli vybráni respondenti, kteří tato kritéria naplnili a zároveň souhlasili s účastí na výzkumné činnosti. Nejdůležitějším kritériem pro výběr respondentů byl pobyt jak v ústavní péči, tak v chráněném bydlení (více jak 3 roky), resp. přechod do komunitních pobytových služeb z ústavní péče. Potencionální účastníci výzkumu byli osloveni výzkumníkem v jejich bytových jednotkách, kde byl výzkumník představen osobním asistentem. Z 11 účastníků výzkumu, lidí s mentálním postižením, byl se 7 (A – G) z nich realizován rozhovor (protokol A – G), další 4 lidé (H, I, J, K) s mentálním postižením byly účastníky ohniskové skupiny (protokol FG). Účastníci výzkumu byli vybráni z chráněného bydlení Duha, o. s. (Praha) a chráněného bydlení Dolmen, o. p. s. (Liberec).

Další skupinu respondentů výzkumu tvořili osoby blízké primárním zdrojům dat, tedy lidem s mentálním postižením a osobní asistenti, kteří s lidmi s mentálním postižením pracují v chráněném bydlení. Osobní asistenti a osoby blízké byli navrženi primárními účastníky výzkumu a následně osloveni výzkumníkem, zda-li by byli ochotni podílet se na výzkumu. Všechny tyto osoby se výzkumu účastnili dobrovolně, zároveň vyjádřili ochotu se účastnit.

Celkem se výzkumu účastnilo 19 osob, z nichž bylo 11 lidí s mentálním postižením (uživatelé chráněného bydlení), 4 osobní asistenti a 4 osoby blízké lidem s mentálním postižením (rodinní příslušníci).

## 6.2 Popis výzkumného souboru

Výzkumu se účastnilo 11 lidí s mentálním postižením, z nichž bylo 7 žen a 4 muži ve věku od 34 – 57 let. Průměrný věk souboru byl 45 let. Z pohledu úrovně mentální retardace bylo v tomto souboru 9 osob s lehkou mentální retardací a dvě osoby se středně těžkou mentální retardací. U participantů se délka pobytu v ústavní péči pohybovala v rozmezí od 8 – 30 let. Průměrná doba strávená v ústavní péči činila 19,6 let. V případě délky pobytu v chráněném bydlení se jednalo o časové rozpětí od 3 – 13 let. Průměrná doba strávená v chráněném bydlení činila 4 roky. Dále se výzkumu účastnili 4 rodinní příslušníci uživatelů chráněného bydlení (syn A, matka B, bratr E, sestra D) a 4 osobní asistenti (2 muži, 2 ženy), kteří pracují s primárními účastníky tohoto výzkumu více jak 2 roky. Tyto údaje jsou shrnuty v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1

Participant	Pohlaví	Věk	Počet roků v ústavu	Počet roků v CHB	Úroveň mentální retardace	Rodina/osobní asistent
<b>A</b>	žena	56	14	5	lehká	L (syn)
<b>B</b>	žena	34	8	5	lehká	M (matka)
<b>C</b>	žena	35	22	6	lehká	P (os. asistent)
<b>D</b>	žena	55	30	4	stř. těžká	O (sestra)
<b>E</b>	muž	47	15	7	lehká	N (bratr)
<b>F</b>	muž	41	18	13	lehká	Q (os. asistent)
<b>G</b>	muž	57	39	9	stř. těžká	
<b>H</b>	žena	41	19	4	lehká	
<b>I</b>	žena	39	20	5	lehká	
<b>J</b>	žena	44	15	4	lehká	R (os. asistent)
<b>K</b>	žena	47	16	3	lehká	S (os. asistent)

## 7. Výzkumná zjištění a interpretace získaných dat

Výzkumná zjištění jsou prezentována podle jednotlivých okruhů, které byly zachyceny na základě procesu kódování. Analýza dat se zaměřuje na komparaci reflexe života v zařízení institucionální péče a života v chráněném bydlení, kde respondenti našli své nové zázemí.

### 7.1 Bydlení jako součást života člověka s mentálním postižením

#### Bydlení mimo realitu

Život v institucionálním prostředí byl z pohledu respondentů vzdálen skutečnému životu. Respondenti uváděli **odtrženost od dění ve světě**, cítili se být izolováni. Zdrojem nespokojenosti byl komplikovaný dosah služeb, velká vzdálenost od města. Naopak zdrojem spokojenosti bylo klidné prostředí.

*B: Byli jsme tam za zdí, a ve vesnici byl jeden krámk, do města to bylo daleko, tak hodinu, i víc. (protokol B)*

*C: Na konci světa jsme byli, tam moc lidí neprošlo. (protokol C)*

*F: Na samotě, nic jinýho daleko nebylo, nikam nešlo jít, akorát do lesa. (protokol F)*

#### Bydlení v centru dění

Po vstupu do chráněného bydlení se situace změnila, lidé s mentálním postižením začali žít v bytových jednotkách uprostřed velkých měst, v případě tohoto výzkumu Praha a Liberec. **Blízkost společnosti, snadný dosah služeb** hodnotí respondenti pozitivně.

*A: Mám to kousíček do krámu, do lékárny, k doktorovi, nemusím tolik cestovat, jako dřív. I do práce to mám kousek. (protokol A)*

H: *Můžu si cokoliv vzpomenout a jít koupit a pak se vrátit domů, je to chvílka, v ústavu jsme jeli dálku do města.*

J: *To je fajn vidět lidi, aspoň můžu něco okoukat, bydlí se mi tu hezky, mám to blízko všude, dojedu tramvají.*

K: *Je tu víc lidí, já už jsem si zvykla, jako to bydlení je lepší, že je to jako normální, co vidím v seriálu, prostě že žiju s ostatními ve městě. (protokol FG)*

### **Bydlení „doma“**

Respondenti B, C, D, G, I uváděli v případě období pobytu v ústavu svoje „doma“ jak v ústavu, tak u své rodiny. Toto **dvojí pojetí domova** se vstupem do chráněného bydlení mění. Lidé s mentálním postižením považují nyní bytové jednotky v chráněném bydlení jako svůj vlastní domov, **atmosféru domova** jim pomáhají vytvářet asistenti, kteří je podporují v jejich snaze vytvořit, co nejpříjemnější prostředí, tak aby vyhovovalo uživatelům chráněného bydlení. Pojem „doma“ souvisí s naplněním potřeb bezpečí a jistoty, odráží vysokou míru identifikace lidí s mentálním postižením s místem, kde aktuálně žijí.

B: *V ústavu jsem byla doma, ale u rodičů taky, jako že jsem tam mohla chodit všude, teď je pro mě doma tady, tady bydlím. (protokol B)*

G: *Já byl doma v ústavu a u bráchy, teď už bych nechtěl do ústavu, protože mám byt a jsem tu jako doma. (protokol G)*

M (matka B): *Když k nám přijede, tak před ostatními mluví, jako že je tady u nás u rodičů na víkend, ale že v neděli jede domů, takže doma je pro ní v Liberci. (protokol M)*

R (osobní asistentka J): *Snažíme se přiblížit, nebo klienty směřovat k tomu, aby na bytech panovala domácí atmosféra, aby se cítili jako doma. Mají rádi volnost, často přestavují nábytek, kupují si nové postele nebo obrázky na zeď. J si nechala zrekonstruovat koupelnu,*



*nevyhovoval jí sprchový kout, tak si našetřila a teď má novou koupelnu. Počítá s tím, že je to její domov a tak si ho zvelebuje. (protokol R)*

*S (osobní asistentka K): Pamatuji si, jak pro K bylo důležité, aby si sama napsala jmenovku na zvonek. To jak zařizuje svůj byt může být projevem spokojenosti a výhledem do budoucna, že vnímá svoje bydlení jako domov se vším všudy, prostě, že se ho nechce vzdát. (protokol S)*

### **Materiální zázemí**

Popis pokojů v ústavech se podle výpovědí respondentů **vyznačoval strohostí, jednoduchostí, jednotvárností.**

*E: Měl jsem postel, stoleček a všichni ostatní to stejný. (protokol E)*

*F: Televizi jsem neměl, ta byla jen na kulturce. (protokol F)*

*Z: Jak se Vám bydlelo v ústavu?*

*A: Já jsem tam byla docela spokojená, akorát nebylo to tak hezký, jako tady.*

*Z: Jak vypadal Váš pokoj?*

*A: No byly tam postele, každá jsme měla skříňku. Ale neměla jsem to tam, jako tady, tady mám hodně obrázků na zdi, tam ne, a tady mám sbírku slonů, co si kupuju nebo dostávám. (protokol A)*

Respondenti si uvědomovali slabší materiální zázemí v ústavu. Nad změnami svého bydlení však nepřemýšleli, **nebyli motivováni ke změnám.** Aktuální vybavení vnímali jako dané, neměnitelné.

*C: Mám ráda červenou barvu, v ústavu byli zdi bílý a to mi vadilo. Teď mám vymalováno do červena podle sebe a to mi dělá dobře, mám i červený hrnce, záclony a povlečení. (protokol C)*

H: *V ústavu jsme nemohli mít tolik věcí, jako tady.*

I: *Kvůli nebezpečnosti, aby nic nevyhořelo nebo tak.*

J: *My jsme měli jednoduchý pokoj, to jsme si nemohli tam přestavovat nebo koupit jinou postel, co bylo bylo, nejradši jsem byla stejně na jídelně.* (protokol FG)

### **Vybavování bytu**

Nakupování různých bytových doplňků či **vybavování bytu** se nyní v chráněném bydlení vyskytuje v hojně míře. Zajímavým zjištěním bylo, že u většiny respondentů došlo v průběhu pobytu v chráněném bydlení ke koupi nové postele. Dále si respondenti kupují různé elektrické spotřebiče (televize, rádio, DVD, PC, mikrovlnka, myčka, kávovar aj.) či nábytek (skříně, křesla), které se zároveň stávají **osobním majetkem**, který se neustále navrhuje. Snaha vylepšovat či inovovat vlastní bydlení je odrazem toho, že lidé s mentálním postižením počítají se svým novým domovem jako jistotou. Uživatelé chráněného bydlení si uvědomují, že svůj **vlastní domov a jeho podobu vytváří oni sami**.

Z: *Jak jste spokojená s vybavením Vašeho bytu?*

B: *Jo, koupila jsem si novou postel.*

Z: *Jak to?*

B: *No tamta už nebyla tak měkká.*

Z: *V ústavu jste měla měkkou postel?*

B: *To teda ne, tady mám o hodně lepší.*

Z: *V čem je lepší?*

B: *Líp se mi spí a taky mám hezčí povlečení barevný a polštáře, měkoučký.* (protokol B)

F: *Měl jsem rozvrzanou skříň, nešla zavřít, kabát mi čouhal ven, tak jsme s asistentem byli na Čerňáku pro skříň a pak jsme jí tady společně celý den dávali dohromady.* (protokol F)

I: *Vybrala jsem si v obchodě poličky a pak mi je kladivem nabil na zed' asistent.*

J: *Já jsem měla řemeslníky na koupelnu, a za týden sem měla hotovo, novou koupelnu, sama jsem si našetřila, stálo to dost peněz, líbí se mi to jak mi jí krásně udělali.*

K: *Já mám novejš lustr z Globusu, takovej svítící do modra, to jsem si koupila a pan od XXX mi ho zapojil, aby svítil.* (protokol FG)

## 7.2 Člověk s mentálním postižením v mezilidských vztazích

### Vztahy se spolubydlícími

Počet spolubydlících v pokojích v ústavu se podle respondentů pohyboval v rozmezí od 4 – 6 spolubydlících, přičemž respondenti zpětně hodnotí vztahy se spolubydlícími a ostatními obyvateli ústavu jako **dobré, bezkonfliktní** v případě A, D, J, K.

A: *Já vycházím s lidmi dobře, nehádám se, ani v ústavu jsem se nehádala, měla jsem hodné holky na pokoji a ani s ostatníma holkama jsem se nehádala.* (protokol A)

D: *Tam jsme měli dobrou partu.* (protokol D)

Neutrální či **průměrné** vztahy s občasnými konflikty uvedli B, E, C, F, G, H, I. Jako zdroje konfliktních situací tyto respondenti uváděli vzájemné antipatie, hlučnost, vyrušování, nedostatečnou hygienu, krádeže, neplnění povinností či nedostatek soukromí. Některé konflikty mezi obyvateli ústavu vyústili ve fyzickou agresi.

C: *XXX nechtěla uklízet, tak jsem jí musela komandovat, dostala co pro to, pořád mě rozčilovala. Musela jsem to vydržet, než pak šla na jinej pokoj.* (protokol C)

*E: Taky jsem vybuchnul, že jsem s ním zatřepal. (protokol E)*

*F: XXX, ten se nemyl a smrděl, to jsem zuřil a pak sem i docela nadával. Taky se mi stalo, že se mi ztráceli věci, kradlo se tam, to pak jsem je pořád sledoval. (protokol F)*

*G: Ani tak, ani tak, byli i zlí, těch jsem se bál, dovolovali si. (protokol G)*

Konflikty byly řešeny pomocí personálu ústavu, který řešil situaci okamžitě a uděloval **tresty v podobě zákazů**.

*B: S A jsme spolu už byli v ústavu, takže to bylo v pohodě, s ostatníma jsme se někdy hádaly, protože někdo moc mluví a to mi pak lezlo na hlavu. Jednu chovanku jsem i zmlátila mokrým ručníkem, za to jsem pak od vychovatelky dostala zákaz kafe. (protokol B)*

*J: Když se mi něco ztratilo, tak sem měla plno vzteku a šla to říct XXX (vychovatelce), aby se mi to vrátilo.*

*K: A pak se na to přišlo, kdo to byl, tak dostala zákaz koukat na televizi, nebo nejela na výlet. (protokol FG)*

V současné době bydlí respondentky C, J, I samostatně, nemají spolubydlící. V minulosti však v chráněném bydlení bydlely v bytech, kde bylo více spolubydlících. Objevila se u nich **touha po osamostatnění – bydlet samy**. Jako důvody uváděly konflikty se spolubydlícími. Tuto změnu hodnotí pozitivně.

*C: Nejdřív jsem bydlela na XXX (uvádí ulici), byly jsme tam 4. Jak přišla nabídka jít bydlet sama, tak jsem tam šla, protože to je pro mě lepší.*

*Z: V čem je to lepší?*

*C: Jsem tu sama, nehádám se s nikým, je tu všechno podle mě, není tu nic zamaštěnýho a nemusím si kontrolovat ledničku, jestli mi tam něco nechybí. A je tu klid, mám ráda, když je to podle mě, taky se o nikoho nemusím starat. (protokol C)*

P (osobní asistentka C): *C je klientka, která potřebuje bydlet sama, aby byla v pohodě. Je poměrně konfliktní typ, takže bývá často v hádkách s ostatními. Takhle je to lepší pro všechny, C je spokojená, že bydlí sama, přála si to.* (protokol P)

J: *S XXX už jsem bydlet nemohla, tak jsem dostala úplně nový byt, abych bydlela sama. No a jsem teda spokojená, je to nádherný a ani mi nevadí, že jsem sama, já si vystačím.*

I: *Já to mám taky pěkný, a taky bydlím sama už dlouho, nikoho k sobě nechci, nemám tak velké byt, to už by se nikdo nevešel.*

K: *Já bych to sama asi nezvládla, jsem radši s holkama na bytě, kdyby náhodou něco.* (protokol FG)

Respondentky A, B bydlí spolu a jsou velmi spokojeny, to je dáno **možností zvolit si svého spolubydlícího**, což pozitivně ovlivňuje následné vztahy se spolubydlícími. Mezi další faktory spokojeného soužití spolubydlících patří společné trávení volného času (pití kávy, povídání, společné vaření, vyšívání, sledování TV, společné výlety).

A: *Bydlíme tu dvě. A víc už bych ani nechtěla. My tu bydlíme s B už 4 a půl roku a ještě ani jednou jsme se nepohádaly.* (protokol A)

B: *No já už jsem měla jít s první partou, ale říkala jsem jediné, když půjdu bydlet s A, ale ta nešla. Pak už jsme šli spolu, takže kdyby se mnou tenkrát nešla A, tak bych tu možná ani nikdy nebyla.* (protokol B)

H: *Já mám holky ráda, společně jedeme na výlet, děláme srandu.*

K: *Při vaření si pomáháme, já škrábu brambory, XXX krájí maso.* (protokol FG)

U respondentů F, G byla zachycena patrná **nespokojenost se svými spolubydlícími**, která ovlivňuje negativně jejich vztahy, které často vyústí v konflikty. Podoba konfliktů a jejich zdrojů se v chráněném bydlení shoduje se zkušenostmi z ústavů (snědení jídla, hlasité rádio, hygiena apod.). Změnou prostředí se však mění způsob řešení konfliktů mezi uživateli v domácnosti. Uživatelé chráněného bydlení mají **právo si stěžovat**, většinou s pomocí asistenta **napišou stížnost**, která je následně předána vedení chráněného bydlení, které poté seznámí uživatele s náhledem, jak situaci řešit, aby se konflikt neopakoval. Stížnosti se píšou, některé dobře slouží svému účelu a vyřeší konflikt, že už dál nepokračuje, ale stává se, že konflikt přetrvává dál.

F: *Jako sepisovali jsme s asistentkou stížnost, kvůli televizi, jak si jí pouštěla v noci, ale víš co, to je na prd, je to pořád stejný, už abych byl odsud. Když mě neotravuje XXX, tak zas pak něco G a to už jako, prostě zmizet.* (protokol F)

Q(asistent F): *F není spokojen se svými spolubydlicími a dává to často najevo, nedávno jsme sepsali individuální plán s cílem najít si samostatné bydlení.* (protokol F)

G: *XXX mě bouchla a strčila do mě a vypila mi mlíko, stěžoval jsem se si, nemám jí rád.*

Z: *Po stížnosti se to zlepšilo?*

G: *Ne, pořád stejný, horší.*

Z: *Chtěl byste nového spolubydlicího místo XXX, hodnějšího, nebo bydlet sám?*

G: *Sám ne, hodnějšího místo ní.* (protokol G)

E: *Byl jsem na vedení na pohovoru, abych se uklidnil, tak jsem teď klidnější. Neřvali na mě nic, dobrý, jsme si povídali.* (protokol E)

N (bratr E): *Jo zmiňoval se, že na něj byla stížnost, je prudká povaha, nemají to s ním lehký, asi by bylo dobrý, aby bydlel sám, pak si na něj nikdo nebude stěžovat. E ví, že musí sekat latinu, aby ho nevyhodili.* (protokol N)

### **Vztahy rodinné**

V období pobytu v ústavu byl kontakt lidí s mentálním postižením s rodinnými příslušníky realizován formou písemnou, telefonickou a osobní. K osobním návštěvám docházelo v minimálních případech (1-2x za rok, někdy i vůbec), **nejčastěji byl kontakt s rodinou realizován formou písemnou** (dopisy, Vánoční přání, přání k narozeninám či svátku). U respondentek B, C byl v období, kdy žili v ústavu zachycen komplikovaný vztah s vlastní rodinou.

B: *Já jsem se doma moc s našima nesnesla, byla jsem hodně agresivní, chtěla jsem vypadnout, takže jsem šla do ústavu a chtěla tam bejt na do smrti. Nejdřív jsme se nevidali, byla jsem ráda sama. Dostala jsem občas dopis, ale neodpovídala jsem, nebavilo mě to.* (protokol B)

M (matka B): *Ze začátku trucovala, nechtěla abychom za ní jezdili, ani domů na Vánoce nechtěla přijet.* (protokol M)

C: *Doma na mě byli zlí, pak mě dali do ústavu, když mi bylo 7. Ani za mnou nebyli na návštěvě. Psala jsem ségře a mámě dopisy, ony mě psaly, když jsem měla narozeniny.* (protokol C)

Respondentky A, J jsou rodičkami, mají tedy vlastní děti. Vztah k vlastním dětem byl v období v ústavu v případě J komplikovaný velkou vzdáleností a **nemožností kontaktu**. Respondentka A udržovala v ústavu vztahy s dcerou, se syny nikoliv ač se o to snažila.

J: *V ústavu jsem nebyla v kontaktu s bráchou, ani s dcerkou, oni bydleli na Slovensku. Bylo mi to líto, ale nedalo se nic dělat.* (protokol FG)

A: *Mám tři děti, dceru XXX, ta mě udělala babičkou, ta už má dcerku a pak mám ještě dva kluky, L a XXX. Když jsem byla v ústavu, tak děti už byli dospělí a jediná XXX (dcera) se přijela podívat. Psali jsme si spolu taky dopisy. Když přijela, tak jsme se viděli asi hodinku.* (protokol A)

L (syn A): *Já měl tenkrát dost starostí sám se sebou a s rodinkou moc v kontaktu nebyl, spíš s bráchou a ségrou, přes tu jsem věděl, kde je máma a jak se má, ony dvě mají k sobě hodně blízko.*

Po vstupu do chráněného bydlení se vztahy části respondentů mění. Dochází ke **kvantitativní i kvalitativní změně ve vztazích s vlastní rodinou**, která je reprezentována četnostní vzájemných návštěv a zlepšení vzájemných vztahů. Mění se také způsob komunikace s rodinou, v ústavu převládala forma písemná, nyní převažuje forma telefonická, přičemž všichni respondenti jsou majiteli mobilních telefonů, které využívají ke kontaktu s rodinou.

C: *Mám na mámu i ségru číslo, volám jim, když mají narozeniny a svátek, nebo Vánoce, byla jsem se za nima podívat, bydlet bych s nima už nechtěla, ségra bere drogy, ale ráda je vidím, abych jim mohla říct, jak se mi daří a co všechno umím. Máma na mě řvala, když jsem byla malá, teď už ne, ale pořád je na mě přísná, už ne ale tolik.* (protokol C)

Z: *Jaké jsou Vaše vztahy s rodinou?*

B: *Ted' jsem starší a mám víc rozumu, takže už se s našima nehádám.*

Z: *Navštěvujete se?*

B: *Jo, ted' víc, tak jednou za měsíc jedu za rodinkou. Máma tady už za mnou byla, táta ještě ne.*

M (matka B): *Vycházíme spolu fajn, B dospěla, je z ní samostatná ženská, asi se to nějak odrazilo v jejím chování, není tak vznětlivá, .... zavolá nebo napíše smsku, že přijede.*  
(protokol M)

D: *Voláme si, domluvíme se s O a pak jedu vlakem z nádraží, jenom jedním. U O jsem ráda.* (protokol D)

O (sestra D): *Vídáme se častěji, D umí sama přijet, což dřív bylo komplikované. Zavoláme si a domluvíme se, jezdí k nám na Vánoce, Velikonoce, na prázdniny, když jsou svátky. Určitě je dobře, že je v tom programu chráněného bydlení, D jenom kvete, vždy když přijede tak vypráví a vypráví.* (protokol O)

U respondentek, které mají děti, tedy A, J lze spatřit kvalitativní posun v rodinných vztazích oproti období v ústavu, nyní dochází k **osobním návštěvám a upevňování rodinných vztahů**.

J: *Jela jsem s asistentkou na Slovensko za rodinou, za XXX (dcera), za XXX (bratr), to bylo nádherný, viděla jsem po letech mojí rodinu, vyměnili jsme si čísla a píšem si, v létě tam zas pojedu na dovolenou, podívat se.* (protokol FG)

Z: *Jak často se nyní vidáte s rodinou?*

A: *Jo hodně, akorát XXX (nejstarší syn) se neozývá, byli jsme v kontaktu spolu a ted' jsem mu napsala asi deset dopisů, ale neodpovídal a ted' k Vánocům jsem mu poslala blahopřání a taky mi neodpověděl. A na telefon se mu nemůžu dovolat. XXX (dcera) s L tady za mnou už hodněkrát byli, L tady u mě i přespává na karimatce v obýváku. Děti ted' přijedou i víckrát za rok. Já se o ně postarám, připravím pohoštění, jako v rodince no. Ted' tady byly na Vánoce, tak to bylo pěkný. Dali jsme si dárečky.*

Z: *Byla jste na návštěvě u svých dětí?*



A: Jezdím za XXX (dcera) na Mělník s naší asistentkou a s B tam jezdíme, má dcerku, mojí vnučku. Mám je všechny hrozně moc ráda. (protokol B)

Z: Uvítal byste možnost přespat na bytě u Vaší maminky v místnosti pro návštěvy, abyste nemusel spát na karimatce?

L (syn A): Já jsem nenáročnej, ale kdyby ta možnost byla, tak jsem pro.

Z: Jak často se vidáte?

L: Od té doby, co je tady, přes ségru jsme se zkontaktovali, tak mě máma pak pozvala ať se přijedu podívat. Byl jsem tu už několikrát. V ústavu jsem nebyl ani jednou, tohle je prostě takový víc osobnější, máme na sebe klid a má to tam fakt hezky zařízený. (protokol L)

### **Vztahy partnerské**

Respondenti E, F, G, ve svých výpovědích uváděli značně omezenou možnost navazovat partnerské vztahy v izolovaném prostředí ústavu. Během jejich pobytu v ústavu **nenavázali partnerský vztah**, což hodnotí negativně, protože měli zájem o navazování partnerských vztahů.

E: Jako holku bych tam bral, ale to nešlo, tam jsme byli jenom kluci. (protokol E)

F: Tam to bylo bez šance, tam ženský nebyly, takže nic no. (protokol F)

U respondentek A, B, C H, K však docházelo k **navazování partnerských vztahů**, a to **díky tzv. družbám**, kdy byly pořádány zábavy (taneční), kterých se účastnili lidé s mentálním postižením obou pohlaví z jiných ústavů. Vzájemné vztahy byly udržovány „na dálku“ psaním dopisů s občasnými schůzkami při příležitostech zábav, či společných dovolených.

A: Měla, no, jako my jsme měli družbu s Křešicema a tam jsem si na jako našla kluka. Jako dodnes jsme spolu v kontaktu, ale už ne tak jako dřívávejc to bylo. Už to není ono. Oni jezdili k nám, když byla zábava a když byla zábava u nich, tak jsme jezdili my k nim, nebo oni za náma. I na dovolený sme spolu byli v Itálii. Já jsem ho zvala i sem, ale on sem nechce, že to je prej daleko. (protokol A)

H: *Jo našla jsem si tam kluka byl z XXX, a měli jsme se rádi, psali dopisy a viděli jsme se na zábavě. (protokol FG)*

Z: *Měla jste přítele v ústavu?*

B: *Jo měla, XXX.*

Z: *Kde jste se seznámili?*

B: *V ústavu na zábavě, jsem za ním přišla jestli by nešel tancovat.*

Z: *Jak často jste se vidali?*

B: *Jedině když přijel na zábavu, nebo já tam na zábavu.*

Z: *Byla jste spokojená s Vaším vztahem?*

B: *No tak jako, jo byla, ale mohlo to bejt lepší.*

Z: *Jak lepší?*

B: *No jako, že mě se líbili i ostatní, ale protože jsem měla XXX, tak jsem nemohla.*

Z: *Proč nemohla?*

B: *Abych byla věrná. (protokol B)*

Některé tyto vztahy vydržely dodnes, avšak jejich kvalita je nedostačující a proto se partnerský vztah postupem času proměnil na vztah kamarádský a nebo respondentka B přemýšlí nad jiným partnerem, jehož si vyhlédla. Zdá se tedy, že změnou prostředí lidé s mentálními postižením přicházejí o vztahy, jež navázaly v ústavech, tyto vztahy dá se říct postupem času uvadají.

Z: *Jste ještě v kontaktu s Vaším přítelem z ústavu?*

A: *Už jsme se dlouho neviděli, my si spíš píšeme dopisy, občas.*

Z: *Jste spokojená s Vaším vztahem?*

A: *Je to spíš, jako kamarádi, no.*

Z: *Chtěla byste se mít nového přítele?*

A: *To by si mě musel někdo vybrat, ale to nevím. (protokol A)*

Z: *Jste spolu s XXX (přítel z ústavu)?*

B: *No, on sem jako jezdil, ale teď už nejezdí. Píšeme si z mobilu, teď nemám kredit, takže.*

Z: *Měla jste mobil v ústavu?*

B: *Neměla, tam jsme si normálně psali dopisama rukou.*

Z: *Jak dlouho jste se neviděla s XXX?*

B: *Tak skoro rok, říkal pořád, že bych měla zhubnout.*

Z: *Jste spokojená s Vaším vztahem?*

B: *Moc ne.*

Z: *Chtěla byste nový vztah?*

B: *Mě se líbí XXX (kolega z práce), říkal že jsem hezká, ale no, chtěl abych zhubla aspoň třicet kilo a to nevím jestli se mi povede, já bych chtěla bejt hubenější, ale není to jednoduchý. (protokol B)*

Ze všech respondentů tohoto výzkumu uvedli pouze respondenti B, E, že jsou v současné době v klasickém partnerském vztahu.

E: *Jsem s XXX spokojenej, jsme spolu dva roky a jde to, máme se rádi. Po práci za ní jedu na návštěvu i sem tam spal u XXX. (protokol E)*

Ostatní **nemají partnery** nikoliv z důvodu, že by nechtěli, **ale z důvodů pasivity v hledání si partnera, stydlivosti nebo nereálných požadavků na partnera**. O navázání partnerského vztahu mají zájem, ale prozatím se jim nedaří najít protějšek.

C: *Chlapa bych chtěla, ale musel by mě mít rád, bejt vysokej, černý vlasy, hnědý oči, a hodnej a měl by pracovat. (protokol C)*

F: *Ženskou by to chtělo, ale kde jí sehnat. (protokol F)*

H: *No je jeden v práci, co by se mi líbil, já nechci říkat jeho jméno, abych to nezakřikla. Možná že se mu nelíbím, nevím.*

J: *Mě se mužský líbí, koukaj po mě, ale já se stydím. (protokol FG)*

Z: *Malovala jste se v ústavu?*

D: *Jenom na zábavy, ted' se líčím každěj den.*

Z: *A proč se líčíte každý den?*

D: *No abych se líbila. (protokol D)*

### 7.3 Práce šlechtí člověka s mentálním postižením

#### Práce bez peněz

Převážná část respondentů se v ústavu účastnila **pravidelně či nepravidelně pracovních činností**. Přidělenou práci v ústavu vykonávali dobrovolně, byli rádi za jakoukoliv činnost, která je vytrhla z ústavní rutiny. **Pracovní návyky**, které zde získaly používají dodnes, což lze hodnotit pozitivně s ohledem na jejich pracovní budoucnost.

E: *Jako jo, pracovalo se, mě to žíly netrhalo, třeba hrabání listí nebo uhlí složit, ale žádný peníze za to nebyly.* (protokol E)

G: *Já jsem nepracoval, práce nebyla.* (protokol G)

H: *Pracovala jsem v prádelně na ranní.*

J: *Pomáhala jsem v kuchyni s nádobím.* (protokol FG)

Respondenti dále hovořili o **nemožnosti pracovat za peníze**. Nad tím, že za práci nevydělávají peníze nepřemýšleli, přesto zpětně hodnotí, že by uvítali možnost vydělávat si v ústavu.

Z: *Pracovala jste v ústavu?*

B: *No, v kuchyni, myla jsem nádobí a pak jsem šla kvůli ekzému na ruku na krejčovnu.*

Z: *Co jste tam dělala?*

B: *Věšela prádlo a žehlila, ranní a odpolední.*

Z: *Kolik hodin denně jste tam pracovala?*

B: *Tak dvě, tři hodinky.*

Z: *A měla jste to jako povinnost tam chodit, nebo jste tam chodila dobrovolně?*

B: *No normálně, že jsem chtěla, tak jsem tam šla. Některý holky nemohly pracovat, já jo.*

Z: *Dostávala jste peníze za práci?*

B: *Ne.*

Z: *Vadilo Vám to?*

B: *Já jsem nad tím tenkrát moc nepřemejšlela. (protokol B)*

Z: *Chtěla jste pracovat v ústavu?*

A: *Jo, tak jo, vydělala bych si nějakou korunu ráda.*

Z: *Co Vám v tom bránilo, mohla jste pracovat mimo ústav?*

A: *To nešlo, dřív ne, ale teď už jo, holky si vydělávají v ústavu a dostávají za to peníze, on jim ten vedoucí posílá jako do ústavu, tu práci. (protokol A)*

### **Hledání práce**

V současné době **všichni respondenti pracují**. Většina z respondentů si prošlo obdobím, kdy byli nezaměstnaní, neměli tedy práci. Práci získávají nejčastěji díky Agenturám podporovaného zaměstnávání, či za pomoci asistentů nebo také vlastním přičiněním.

A: *Jak jsem přišla k práci? Jo to XXX (pracovnice APZ), jako naše ta pracovnice, nám našla práci. A pak jsem tam přišla a jsem tam až do teď, v práci. (protokol A)*

C: *Já mám práci od agentury a taky si hledám vlastní.*

Z: *Jak si hledáte sama práci?*

C: *Představím se a zeptám se jestli mají pro mě práci. Takhle chodím na benzínovou pumpu umývat skla autům. (protokol C)*

P (osobní asistentka C): *Říkám si, kde se to v ní bere, C má spoustu energie. Ví, že když bude mít více prací, tak si víc vydělá, to jí asi žene dopředu. Opravdu přijde za potenciálním zaměstnavatelem a ptá se na práci. Takhle si našla práci na čerpací stanici, kam chodí dvakrát týdně mýt auta, v létě pomáhala v jednom bistro s úklidem, kde si také sama vyjednala brigádu.* (protokol P)

### **Pracovní úvazky**

Respondenti pracují na **různé typy pracovních úvazků**, od plných pracovních úvazků (8h denně) v případě C, F, H, J, přes poloviční úvazky (4h denně) v případě A, E, I, K až po částečné úvazky (2h denně) B, D, G.

F: *Makám pod Hradem, to je můj rajón, uklízím, co se dá. Jsem tam už dlouho, asi tak 10 let. Ráno v půl sedmý začínáme a končíme v půl třetí.* (protokol F)

Q (osobní asistent F): *F je ukázkový pracant. Když je nemocný, tak nemarodí, ale jde do práce, chybět v práci je pro něj nepředstavitelné. Nechodí pozdě, je s ním spokojenost.* (protokol F)

D: *Nejprve jsem pracovala čtyři hodiny, ale to bylo moc, teď už jen dvě, to je akorát.* (protokol D)

O (sestra D): *D vyprávěla, že jí bolela záda a že je často unavená, tak jí snížili pracovní dobu. Práce je pro D důležitá, cítí se důležitě, když vypráví jak jí to jde, když přijede tak vypráví hezky o své kolegyni, která se tam o ní stará.* (protokol O)

### **Peníze a radost z práce jako motivace pracovat**

Respondenti v rozhovorech uváděli práci (zaměstnání) jako samozřejmou a přirozenou součást života. V analýze výsledků byla zachycena touha být součástí společnosti, snaha chovat se jako ostatní, přijmout roli dospělého, nebýt sociálně

vyloučení, což se daří díky jejich zaměstnání. **Potřeba pracovního uplatnění** je mezi lidmi s mentálním postižením výrazná. Respondenti mají radost ze své práce. Jako nejčastější zdroj motivace pro setrvání v práci se nejčastěji objevila **touha vydělávat peníze**.

B: *Máma i táta pracujou, tak to chodí, člověk musí do práce, aby měl taky z čeho žít, dneska nic není zadarmo.* (protokol B)

M (matka B): *Chová se důležitě, když hovoří o práci, jako že je už dospělá, že pracuje.* (protokol M)

F: *Práce šlechtí člověka, jsem tam rád, mám tam kolegáčky a vydělám si, prostě jako ostatní chodím do práce, to je normální, tak pracuju.* (protokol F)

H: *Lepší pracovat, než sedět doma na zadku, to bych se unudila.* (protokol FG)

Práce rozšiřuje životní možnosti lidí s mentálním postižením. Napomáhá k jejich **seberealizaci a realizaci jejich tužeb** či přání, zároveň dochází díky pracovnímu uplatnění k **růstu sebevědomí** u lidí s mentálním postižením. Schopnost zvládnout nároky pracovního prostředí přispívá k získání větší sebejistoty a vede k posílení osobnosti.

A: *Pracuju ráda, pan vedoucí je na mě hodnej a chválí mě, to mě těší. Udělám i dvě bedýnky, když pan vedoucí potřebuje.* (protokol A)

C: *Jsem silnější, když pracuju a všechno ostatní zvládám jako ostatní.* (protokol C)

F: *Mám radost, když mě šéf pochválí, říká, že jsem to udělal dobře, jinak je na ostatní pěkně vostrej.* (protokol F)

P (osobní asistentka C): *Je vidět, že pořád roste přímo před očima, sebevědomá byla už dřív, ale teď jak jí znám delší dobu, tak zjišťuju, že se z ní stává slečna, která má tu zdravou sebedůvěru.* (protokol P)

Q (osobní asistent F): *F si pořídil elektrickou kytaru, reprobredny a další ty věci, co k tomu potřebuje. Kdyby nepracoval, tak si to nemůže dovolit.* (protokol Q)

R (osobní asistentka J): *Kdyby neměla J práci na plný úvazek, tak si nemůže dovolit rekonstrukci koupelny, nebo pořídit kávovar, nebo jet na pěknou dovolenou.* (protokol R)

Osobní asistenti lidí s mentálním postižením uváděli, že **snadněji se shání práce pro lidi s lehkou mentální retardací**, lépe se orientují a adaptují na nároky práce než v případě lidí s těžším stupněm mentální retardace.

P (osobní asistentka C): *C mívá problémy s disciplínou, jinak vše ostatní zvládá skvěle, dá se říct, že díky svým schopnostem má práci jistou. U klientů s těžší formou postižení panují u zaměstnavatelů obavy, zda-li práci zvládnou a zda-li nebudou na obtíž.* (protokol P)

S (osobní asistentka K): *K žehlí v prádelně, má úvazek na 4 hodiny, začátky byly v práci docela krušný nejen pro K, ale i pro její kolegyni, která neměla zkušenosti, jak pracovat s člověkem s mentální retardací. Pamatuju si, když začínali s K, že nebyla moc nadšená, měla svou práci a ještě k tomu se věnovat pomalejší kolegyni. Chtělo to čas, dát důvěru, dneska jim to šlape, naučili se navzájem spolu komunikovat a vycházet. Dokonce bych řekla, že dnes je XXX ráda, že tam s ní K pracuje.* (protokol S)

Q (osobní asistent F): *Hodně klientů znám od začátku. F je v pásmu lehké mentální retardace a je velmi schopný, s přizpůsobením v práci neměl problém, proto tam taky pracuje tak dlouho. U G je to horší, spadá už do středně těžké mentální retardace a s tím jsou spojené určité limity, takže často se stane, že o práci přijde a hledá novou. Ale zas je dobrý, že to pořád zkouší, získává další nové zkušenosti, ty se mu pak v jiných pracích můžou chodit. G se hodí spíš na jednodušší práce, takže podle toho by se mu měla vybírat práce, aby zůstal někde trvaleji.* (protokol Q)

Jako negativní aspekt práce respondenti uváděli **únavu**, a s tím spojenou nedostatečnou možnost realizace ve volném čase či nedostatečnou činnost v úklidu na bytě.

F: *To víš, makám jak šroub až se ze mě kouří, tak si pak rád odpočinu, už se mi moc nechce, sem fakt unavenej.* (protokol F)



Q (osobní asistent F): *F má rád klídek, když přijde domů, tak si dá kafičko, natáhne se a odpočívá, ... taky se stává, že říká, že nebude luxovat, protože toho má dost.* (protokol Q)

J: *No jsem dost unavená po práci, přijdu tak ve 3, poklidím, uvařím a už je skoro večer a to lehnu jak zabitá a spím až do rána.*

K: *Už nechodím tolik do kostela, jako dřív, když jsem nepracovala. Někdy mě bolí záda nebo koleno, tak nejdu.* (protokol FG)

R (osobní asistentka J): *Jeden čas jsme řešili s J jestli by nebylo lepší snížit počet hodin v práci, ale o tom nechtěla ani slyšet. Moc toho nestihne během týdne, únava je na ní patrná. Tahá se tam celej den s těžkýma hrncema, po 7 už klimbá u televize.* (protokol R)

## **7.4 Samostatnost aneb já to zvládám bez pomoci**

### **Formy podpory a pomoci**

V ústavní péči i v chráněném bydlení je poskytována lidem s mentálním postižením určitá forma podpory a pomoci, přičemž v ústavní péči lze zaznamenat **vyšší míru podpory a pomoci a nižší míru samostatnosti** u lidí s mentálním postižením.

A: *No to nám jako vychovatelky kupovaly z našeho důchodu. Když byly Vánoce, tak jsme jim řekly, co chceme a ony si to vždycky napsaly a pak jsme to dostaly.* (protokol A)

C: *Nemohla jsem si uvařit, co jsem chtěla, musela jsem jíst i co mi nechutnalo. Ted' si vařím sama co chci, zvládnu i segedínskej guláš s knedlíkem, všechno jsem se naučila sama z kuchařek.* (protokol C)

F: *V ústavu bylo všechno zařízený, léky, jídlo, nic jsem nemusel.* (protokol F)

H: *O všechno bylo postaráno.* (protokol FG)

V chráněném bydlení je **podpora a pomoc poskytována v menší míře, přičemž záleží spíše na samotném jedinci**, aby přistoupil zodpovědně ke svým záležitostem, které se týkají jeho života. Lze tak usuzovat na základě výpovědí respondentů, samostatnost se projevuje v mnohých oblastech života, v nakupování, stravování, vaření, dávkování léků, cestování, hospodaření s penězi aj., přičemž všechny tyto úkony byly vykonávány v ústavu prostřednictvím personálu.

C: *Hospodařím si sama, sama to zvládám. Mám všechno rozpočítané, aby mi to vyšlo do konce měsíce a šetřím si, abych si pak něco mohla koupit.* (protokol C)

K: *Já mám ráda rizoto se zeleninou a v ústavu bylo vždycky s masem, tak jsem to musela vybírat, teď už nemusím, teď si dělám rizoto se zeleninou.* (protokol FG)

E: *Teď si to zařizuju já, na poštu chodím nebo nakoupit, i párky si vohřeju, léky nadávkuju.* (protokol E)

G: *Já si kupuju léky sám, dám recept a peníze a dostanu léky, a před asistentkou si je dám do dávkovače a pak si je zapiju každý den ráno, po obědě a večer. K panovi doktorovi taky jezdím sám, tam už se mnou asistentka nemusí.* (protokol G)

### **Učení se samostatnosti**

Osobní asistenti hovoří o problémech v začátcích po vstupu do chráněného bydlení, kdy se člověk s mentálním postižením začíná starat o sebe sám. Setkává se se zcela novými úkony, které nikdy v životě nedělal. Postupně **na základě tréninku různých dovedností dochází ke zvyšování míry samostatnosti** u člověka s mentálním postižením.

P (osobní asistentka C): *Ze začátku to bylo náročný, C všechno chtěla umět sama a vědět, co se jak dělá, neustále se ptala a zdůrazňovala, že touží po tom umět to sama. Třeba si zajít nakoupit, bez asistenta. Dohodli jsme se C, že budu dělat, že jí neznám, ale po očku sledovat, jestli kupuje správné věci, pak také sama platila, měla z toho tenkrát velkou radost. Ještě jsem s ní párkrát šla, ale pak bylo zřejmé, že už mě v tomto ohledu nebude potřebovat. Samozřejmě, pokud se jednalo o větší částku, třeba když si C kupovala kolo, tak u toho jsem byla. Ale jen jako dohled, přeci jen to byla větší finanční hotovost.* (protokol P)

R (osobní asistentka J): *Klienty vedeme od začátku k samostatnosti, protože oni mají schopnosti, aby žili samostatně. Začátky byly těžké, hlavně cestování, orientace ve městě, nakupování, vaření, vyřizovat si doktora a jiné věci na úřadech, dojít na poštu, na to z ústavu nebyly zvyklí. Někdo se se změnou prostředí vyrovnal rychleji, někdo je pomalejší, ale tak jako tak si postupem času zvykají, že tady záleží na nich, že se o sebe musí starat.* (protokol R)

Q (osobní asistent F): *Jakoby se každým rokem zvyšovala úroveň samostatnosti. Učí se rok od roku a tím se zdokonaluje jejich sebeobslužnost. Často se objevuje, v podobě individuálních plánů, přání u klientů naučit se nějaké dovednosti. Například samostatně cestovat, nebo si vybírat výplatu z bankomatu.* (protokol Q)

S (osobní asistentka K): *K chtěla pořád vařit a vařit, pořád si opakovala recept, nejdřív byla nutná kontrola, protože hodně solila, nebo měla na pánvi hrozně moc oleje. Časem přišla sama na to, že musí to vaření hlídat, aby se jí něco nepřipálilo, byla to pro K docela makačka se otáčet v kuchyni. No dneska si myslím, že zvládne parádně ty základní jídla, která K chutnají, takže si myslím, že to je dost velkej úspěch na to, že v ústavu se prý jen dívala, jak vaří kuchařky, nesměla si prý ani kafe uvařit.* (protokol S)

### **Samostatnost podporuje sebevědomí**

Samostatné zvládání různých činností, které se člověk s mentálním postižením v chráněném bydlení naučí je spojeno s radostí. Respondenti vyjadřovali **radost nad tím, že se naučili** cestovat, orientovat v jízdnicích řádech, hospodařit s penězi, vařit nebo samostatně nakupovat. Zvládnutí těchto činností značně posiluje sebevědomí u lidí s mentálním postižením, pocit samostatnosti vnímají respondenti pozitivně.

B: *Naučila jsem se sama dobře vařit, jsem dobrá.* (protokol B)

C: *Měla jsem přání, naučit se chodit po městě, naučit se cestovat, chodit po krámech, to se mi splnilo. Mám rada město a lidi a obchody.* (protokol C)

J: *V ústavu jsem nevařila ani nepekla a tady i peču, bábovky, dorty. A ostatním chutná, z toho mám radost, že umím dobře vařit i péct.* (protokol FG)

M (matka B): *B Je patřičně hrdá na to, co se naučila, když se jí někdo ptá, co dělá, tak všude dodává a sama. Sama jezdí na výlety, sama vaří a tak.* (protokol M)

N (bratr E): *Dokáže se o sebe postarat, teda mám tam ty asistenty, ale hodně toho zvládne sám, je samostatnej, to dřív ani nehnul prstem.* (protokol N)

O (sestra D): *D je o mnohem samostatnější, víc o sebe dbá, vypadá fakt hezky, mám radost, jak se jí daří, .... cestuje sama vlakem, nakupuje, chodí do práce, žije normálním životem, to bych si dřív nemyslela, že to D zvládne.* (protokol O)

L (syn A): *Určitě se to projevuje, máma žije jako normální člověk, vlastně si řídí svůj život, nemusí se na nikoho ohlížet. Když šla tenkrát do léčebny, tak na tom nebyla moc dobře, vypadala smutně, teď je z mámy sebevědomá ženská, to je super.* (protokol L)

## 8. Odpovědi na výzkumné otázky

### 8.1 Jak srovnávají lidé s mentálním postižením svoje bydlení v ústavu a nyní v chráněném bydlení?

Respondenti tohoto výzkumu zpětně hodnotili svůj život v institucionálním prostředí z pohledu bydlení jako vzdálený reálnému životu, tak jak ho znají dnes v chráněném bydlení. Lidé s mentálním postižením se cítili v ústavech izolováni od okolního světa. Respondenti uváděli **odtrženost od dění ve světě**. Zdrojem nespokojenosti byl komplikovaný dosah služeb, velká vzdálenost od města. Vstupem do chráněného bydlení se situace mění, lidé s mentálním postižením začali žít uprostřed velkých měst, což s sebou přináší výraznou změnu, kterou respondenti hodnotí pozitivně, nejčastějším pozitivem bydlení ve městě po boku ostatních lidí se jeví **blízkost společnosti, interakce s okolím, snadněji dostupné služby** (lékař, úřady, zaměstnání).

Pojem „doma“ odráží identifikaci s místem, kde lidé s mentálním postižením žijí, souvisí s naplněním potřeb bezpečí a jistoty. U části respondentů bylo v období ústavu zaznamenáno **dvojí pojetí domova**. Domov pro ně představoval kromě ústavu také jejich domácí zázemí u rodičů. V chráněném bydlení dochází bez výjimky k přijetí jejich nového domova jako vlastního „doma“. Lidé s mentálním postižením považují aktuálně místo, kde žijí **jako svůj domov s pravou atmosférou domova**. Tuto atmosféru se lidem s mentálním postižením snaží spoluvytvářet asistenti, kteří je podporují v jejich snahách vytvořit, co nejpříjemnější prostředí, kde se budou cítit, jako doma.

Charakteristika materiálního vybavení ústavních pokojů byla očima respondentů charakterizována **strohostí, jednoduchostí či jednotvárností**. Lidé s mentálním postižením v ústavu neměli možnost se podílet na inovaci svého bydlení, materiální vybavení ústavních pokojů brali jako dané, neměnitelné, to se však mění vstupem do chráněného bydlení, kdy dochází k postupnému **vybavování vlastní domácnosti podle jejich potřeb**. Ve snaze vylepšovat či inovovat vlastní bydlení se odráží skutečnost, že lidé s mentálním postižením počítají se svým novým domovem jako jistotou a zároveň si uvědomují, že **podobu jejich domácnosti vytváří oni sami**.

## 8.2 Jak lidé s mentálním postižením popisují jejich mezilidské vztahy v ústavu a nyní?

Lidé s mentálním postižením zpětně hodnotili **vztahy se spolubydlíci** jako dobré, převážná část respondentů však charakterizovala vztahy se spolubydlíci jako neutrální či průměrné **s více či méně častými konflikty** se svými spolubydlíci, jejichž počet se na pokoji pohyboval od 4 – 6. Zdrojem konfliktních situací byli vzájemná antipatie, hluchost, vyrušování, nedostatečná hygiena, krádeže, neplnění povinností či nedostatek soukromí, přičemž některé konfliktní situace vyústili ve fyzickou agresi. Řeшитelem těchto konfliktů byl personál ústavu, který řešil situaci **formou zákazů pro obyvatele ústavu**. V chráněném bydlení lze v tomto ohledu spatřit kladení důrazu na práva klientů této služby. Konflikty jsou řešeny oficiální cestou, kdy lidé s mentálním postižením mají právo **napsat stížnost** (převážně s pomocí asistenta), jež je následně dále řešena vedoucími pracovníky chráněného bydlení. Vstupem do chráněného bydlení konfliktů ubývá, to je způsobeno možností vybrat si svého spolubydlíciho. Mezi další faktory bezkonfliktního a spokojeného soužití spolubydlíciho patří společné trávení volného času, například společné povídání, pití kávy, společné vaření, vyšívání, sledování TV, výlety. Přesto však v některých případech konflikty se spolubydlíci přetrvávají dál. Jako efektivní se zdá řešení samostatného bydlení, se kterým jsou lidé s mentálním postižením spokojeni, mj. z důvodu absence spolubydlíciho, tudíž i konfliktů. Jsou však i tací uživatelé chráněného bydlení, kteří chtějí mít spolubydlíci a jsou s nimi spokojeni.

V období v ústavu převládala v kontaktu s rodinou **forma písemná** (dopisy), přičemž k osobním kontaktům (návštěvám) docházelo 1-2x ročně, někdy však i vůbec. Ve výpovědích respondentů byly zaznamenány i komplikované vztahy s rodinou. Ty se však postupem času mění a lidé s mentálním postižením začínají **komunikovat se svou rodinou častěji, vzrůstá četnost návštěv**, přičemž původní písemnou formu kontaktu nahrazuje **forma telefonická** (prostřednictvím mobilu – sms zprávy, volání).

Lidé s mentálním postižením vnímali v ústavu nedostatečnou možnost navazovat partnerské vztahy díky izolovanému prostředí ústavů. Respondenti, muži měli zájem o partnerský vztah, neměli ho však s kým navázat. Respondentky, ženy uváděly možnost seznámat se díky, **tzv. družbám**, během nichž si některé našly partnery. Tyto partnerské vztahy byly udržovány „na dálku“ psaním dopisů s občasnými schůzkami při příležitostech

zábav, či společných dovolených. Vstupem do chráněného bydlení však tyto vztahy z ústavů postupem času uvadají a lidé s mentálním postižením touží navázat nová partnerství, to se jim však nedaří z důvodů **pasivity v hledání si partnera, stydlivosti nebo nereálných požadavků na partnera**. O navázání partnerského vztahu mají zájem, ale prozatím se jim nedaří najít protějšek.

### 8.3 Jaký je názor lidí s mentálním postižením na práci?

Lidé s mentálním postižením si jsou vědomi důležitosti práce v jejich životě. V ústavech byli vedeni k práci, respondenti uváděli **pravidelné či nepravidelné pracovní činnosti**. Pracovali v prádelnách, krejčovnách, jídelnách nebo se podíleli na úklidových službách v areálu ústavu. Všechny tyto práce vykonávali dobrovolně a povětšinou rádi. Respondenti hovořili o práci jako vytržení z rutiny ústavního života, či možnosti uplatnění vlastní osoby. Jako pozitivní fakt, lze považovat **zisk pracovních návyků**, které později lidé s mentálním postižením uplatňují v jejich současných zaměstnáních. Nijak více nepřemýšleli nad tím, že v ústavu za odvedenou práci nedostávali zapláceno, což se mění vstupem do chráněného bydlení. Zde se nabízí možnost **oficiálně pracovat a tudíž si vydělávat peníze**, což je pro lidi s mentálním postižením nejčastěji jmenovaný motiv k setrvání v práci.

Nejčastěji práci seženou díky Agenturám podporovaného zaměstnávání, či za pomoci asistentů, dokonce se objevuje iniciativa k hledání práce i u samotného člověka s mentálním postižením. S ohledem na schopnosti jednotlivců se odvíjejí pracovní úvazky respondentů, najdou se tací, kteří pracují „klasickou“ pracovní dobu (8h), převažují však poloviční či částečné úvazky. Lidé s mentálním postižením **pracují rádi, oceňují kontakt s okolím, se svými spolupracovníky**, v jejichž řadách nacházejí kamarády. Negativní stránkou práce se ukazuje **častá únava**, která znemožňuje lidem s mentálním postižením vlastní realizaci ve volném čase.

Práce se stává pro lidi s mentálním postižením běžnou součástí života, pojmají ji jako samozřejmost, protože pracují ostatní. To, že jsou součástí společnosti je motivuje k práci, chtějí se vyrovnat ostatním, chovat se dospěle. Práce podle osobních asistentů posiluje u lidí s mentálním postižením jejich **sebedůvěru, roste sebevědomí**, které se odráží do jiných oblastí a tím je pozitivně stimuluje. **Práce rozšiřuje životní možnosti lidí**

s **mentálním postižením**, napomáhá k jejich seberealizaci a realizaci jejich tužeb či přání. Díky výtěžkům si mohou dovolit i finančně náročné koníčky (el. kytara, el. klávesy, kolo, počítač, či dovolená u moře). O svou práci by neradi přišli, v jejich výpovědích zaznělo, že by chtěli nadále pracovat, tam kde pracují, jsou spokojeni, jak s platem, tak s prostředím, ve kterém se konflikty vyskytují v minimální míře. Respondenti vyjadřují respekt ke svým nadřízeným, oceňují na nich jejich jednání k nim.

#### **8.4 Jaký je názor lidí s mentálním postižením na jejich samostatnost s ohledem na změnu prostředí?**

Forma podpory a pomoci poskytovaná ústavním zařízením se vyznačuje kompletním servisem, čímž **snižuje míru samostatnosti** u lidí s mentálním postižením. V chráněném bydlení je **podpora a pomoc poskytována v menší míře, přičemž záleží spíše na samotném jedinci**, aby přistoupil zodpovědně ke svým záležitostem, které se týkají jeho života. Samostatnost se projevuje v mnohých oblastech života, v nakupování, stravování, vaření, dávkování léků, cestování, hospodaření s penězi aj.

V chráněném bydlení se lidé s mentálním postižením učí samostatnosti v různých činnostech, které doposud nevykonávali. Na základě **dlouhodobého tréninku dochází ke zdokonalování se v jednotlivých činnostech** u uživatelů chráněného bydlení tak, že dříve či později si osvojují žádoucí dovednosti a lidé s mentálním postižením jsou schopni vykonávat činnosti samostatně, tím se zvyšuje jejich míra samostatnosti.

Samostatné zvládnání různých činností, které se člověk s mentálním postižením v chráněném bydlení naučí je spojeno s radostí. Lidé s mentálním postižením mají radost z toho, že se naučili cestovat, orientovat v jízdách v řádech, hospodařit s penězi, vařit nebo samostatně nakupovat. **Zvládnutí těchto činností značně posiluje sebevědomí** u lidí s mentálním postižením, pocit samostatnosti vnímají lidé s mentálním postižením pozitivně.



## 9. Diskuse

### Diskuse o metodě

Vzhledem k problematice, jež byla při výzkumu osob s mentálním postižením identifikována, byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Těžištěm tohoto výzkumu byla analýza rozhovorů a ohniskové skupiny. Mnohé výzkumy, které se zabývají lidmi s mentálním postižením často samotné lidi s mentálním postižením eliminují tím, že za ně odpovídají rodinní příslušníci či zaměstnanci různých zařízení. V rámci tohoto výzkumu byly prováděny rozhovory nejen s rodinnými příslušníky a zaměstnanci chráněného bydlení, ale především se samotnými lidmi s mentálním postižením, jež byli primárními respondenty výzkumu.

Cílem výzkumné činnosti bylo především porozumět dané problematice a poskytnout orientaci v tématu změny prostředí u lidí s mentálním postižením. Výzkumnou snahou bylo porozumět k jakým změnám dochází v životech lidí, kteří část svého života prožili v ústavní péči a část života v chráněném bydlení. Přes vyvinutou snahu o pestrost při výběru metod a zdrojů, ze kterých byla data čerpána (rozhovor, ohnisková skupina, 2 různé organizace chráněného bydlení) mohlo dojít k ovlivnění výsledků. Výsledky mohou být zkresleny osobou výzkumníka, použitými nástroji či výběrem výzkumného souboru. Osobnost výzkumníka mohla ovlivnit výsledky výzkumu, mj. i proto, že se jednalo o první zkušenost s kvalitativním výzkumem, což se mohlo odrazit při samotném provedení výzkumu či jeho následném vyhodnocení.

Při realizaci rozhovorů je běžné, že se promítne osobnost výzkumníka do získaných údajů. Za výhodu se považuje na straně výzkumníka několikaletá zkušenost s komunikací s lidmi s mentálním postižením, která usnadnila vedení rozhovoru. Nevýhodou se může jevit první zkušenost s výzkumným interview, je možné že se, ne vždy podařilo reagovat na vzniklou situaci a rozvíjet rozhovor žádoucím směrem, jež by vedl k zisku relevantních údajů, které mohly zůstat nevyslovené. Co se týče samotného vyhodnocování, lze předpokládat, že v případě nezkušenosti výzkumníka mohlo dojít k promítnutí tohoto faktu do výsledků a jejich analýzy. Mnozí odborníci z řad výzkumných však potvrdí, že se vzrůstající zkušeností se budou postupy kvalitativní analýzy zlepšovat.

Při zpětné reflexi dalších možných cest k získávání dat výzkumníkovi vytanuly na mysl tyto podněty: analýza individuálních plánů uživatele chráněného bydlení, analýza osobní dokumentace, analýza fotografií (jako zajímavé srovnání by mohlo být – styl oblékání či celková vizáž).

Výzkumný soubor primárních respondentů činil 11 osob, to bylo dáno zejména finanční a časovou možností na straně výzkumníka. Za výhodu výběru lze považovat zastoupení obou pohlaví a že se jednalo o zástupce ze 2 zařízení: Dolmen Liberec, Duha Praha. Přesto však množství respondentů je minimální, lze tak předpokládat zkreslení získaných dat a učiněných závěrů. Nelze tedy výsledky výzkumu zobecňovat na celou populaci lidí s mentálním postižením, výzkumný vzorek by v takovém případě musel být o mnohem větší a mělo by být zastoupeno více různých zařízení. Jelikož se tento projekt blíží svým charakterem spíše pilotnímu výzkumu, mohou i data od tak omezeného počtu respondentů posloužit ke zajímavým zjištěním.

Původně bylo zamýšleným výstupem této práce na základě kvalitativního výzkumu vytvoření či navržení dotazníku či škály, která by pokrývala témata změny prostředí a byla aplikována později v rámci diplomové práce na větší soubor lidí s mentálním postižením. Přestože nedošlo z časových důvodů k vytvoření této škály, výzkumník se této idey nevzdává. V tuzemském prostředí doposud neexistuje originální škála, která by sledovala změny v reflexi života s ohledem na změnu prostředí. Existují pouze překlady zahraničních škál, které však u nás nelze přijmout bez výhrad. Na základě této výzkumné studie došlo u výzkumníka k lepšímu porozumění problematice, proto se jeví jako vhodné využít možnosti pracovat na tématu dál a v rámci diplomové práce škálu navrhnout a aplikovat na větší soubor lidí s mentálním postižením.

### **Diskuse o výsledcích**

Výsledky ukázaly, že život lidí s mentálním postižením výrazně ovlivňuje změna prostředí, ke které dochází v rámci deinstitucionalizace. Život v chráněném bydlení umožňuje lidem s mentálním postižením naplno rozvíjet svůj potenciál, který byl během období v ústavu tlumen.

Nejvýraznější změny v životech lidí s mentálním postižením představuje vnímání vlastního bydlení, mezilidských vztahů, možnosti pracovat, či vlastní samostatnosti. Respondenti výzkumu vnímají tyto změny pozitivně, jejich život se přibližuje reálnému prostředí, zvládají nároky běžného života ve vlastním domově, což se odráží na jejich chuti do života. V řadě oblastí potřebují určitou míru podpory a pomoci, dá se však konstatovat, že tato forma podpory a pomoci se změnou prostředí výrazně snižuje a lidé s mentálním postižením pozvolna přebírají vlastní iniciativu, čímž se rapidně zvyšuje míra jejich samostatnosti, která se zrcadlí v jejich sebedůvěře, která jim napomáhá čelit životním situacím, se kterými se v jejich životech setkávají. Je třeba nezapomenout však na některá negativa spojená se změnou prostředí. Lidé s mentálním postižením zvládají tuto změnu snázeji, někteří hůř. Lidé s mentálním postižením přicházejí o partnerské vztahy, které navázali v ústavech. Lidé s mentálním postižením změnou prostředí přichází o ústavní pohodu a klid. Nyní jsou na ně kladeny nároky související se životem, se kterými se musí vyrovnávat každý člověk, tedy i bez postižení. Jsou pod tlakem, někdy dochází i k únavě z práce a celkovému vyčerpání. Lidé s mentálním postižením se mohou stát terčem posměchu či trestných činů nebo si vzít omylem více léků, před čímž je ústav chránil.

Ve výzkumu byly zjištěny fakta, která buď potvrzují či vyvrací některé dosavadní poznatky. Vágnerová (2004) uvádí, že lidé s mentálním postižením nemají kompetence k samostatnému životu. V kontextu tohoto výzkumu lze konstatovat, že toto tvrzení nelze potvrdit, protože respondenti, tedy lidé s mentálním postižením vyjádřili potřebu osamostatnit se a mnohým z nich se za pomoci personálu chráněného bydlení naplnit tuto potřebu daří. O potřebě žít samostatně svědčí i samotný fakt, kdy lidé s mentálním postižením vyhledali sociální službu chráněného bydlení, která klade požadavky samostatnosti na osoby s mentálním postižením. Ve výpovědích respondentů několikrát zazněla touha po samostatnosti.

Prostřednictvím tohoto výzkumného projektu bylo zjištěno, že některé závěry korespondují se závěry různých autorů. Lze souhlasit se závěrem Vágnerové, Hady-Mousovové, Štecha (2001), kteří poukazují na komplikovanost mezilidských vztahů, přičemž dochází k situaci, že osobám s mentálním postižením chybějí partnerské vztahy. Lečbych (2006) ve svém výzkumu upozornil na význam práce pro člověka s mentálním postižením, přičemž vyzdvihuje zisk sebedůvěry. Ke stejným závěrům dospěl i tento výzkum, shodu lze zaznamenat i v primární motivaci k práci, která spočívá ve vydělávání

peněz, dále by bylo možné najít shodu i v projevené radosti z práce nebo také v tom, že možnost pracovat podporuje aktivitu jedince zaměřenou na realizaci budoucích cílů. Souhlasnou tendenci tohoto výzkumu lze vyjádřit i s Valentou a Müllerem (2003), kteří zmiňují, že trend stěhování lidí s mentálním postižením z ústavů do chráněného bydlení, se pozitivně odráží ve zvýšení jejich kvality života.

### **Podněty pro praxi**

S ohledem na výsledky výzkumu a jejich praktické využití je třeba klást v zařízeních institucionální péče důraz na rozvoj samostatnosti u lidí s mentálním postižením, aby následný „skok“ do života ve společnosti nebyl nadměrnou zátěží. Znamená to tedy, pokusit se v ústavech zvyšovat míru samostatnosti a tím snižovat formu podpory a pomoci v činnostech, které lidé s mentálním postižením, jak vidno v chráněném bydlení zvládají, dalo by se s trochou nadsázky říct, bez problémů. Lze se domnívat, že v ústavech byl člověk s mentálním postižením považován za nesamostatný objekt neprávem, pohodlné prostředí ústavu může způsobit při odchodu z tohoto zařízení problematické vyrovnání se s realitou v životě. Lidé s mentálním postižením by měli být vedeni k tomu, aby se dokázali vypořádat s problémy, které je čekají, naučit se je řešit. V případě, že budou lidé s mentálním postižením z ústavu dostatečně připraveni, bude následovat snadnější adaptace na život v běžné společnosti.

Výzkumná zjištění ukázala, že se jeví jako vhodné učit lidi s mentálním postižením v ústavu pracovním návykům. Po přechodu do chráněného bydlení se tato skutečnost pozitivně odrazila v jejich schopnosti snadněji se adaptovat v pracovním prostředí, což jim umožňuje v práci setrvat a vykonávat jí podle představ zaměstnavatelů. Výběr budoucího zaměstnání by se měl řídit schopnostmi a specifiky jednotlivých jedinců, tak aby odpovídal jejich možnostem, tím se zvyšuje možnost delšího setrvání v zaměstnání.

Dalším doporučením pro praxi na základě tohoto výzkumu je podpora aktivního zájmu všech pracovníků v transformovaných službách. Je důležité, aby se personál ať už ústavní péče nebo komunitní, zajímal o nové skutečnosti, které souvisí s procesem transformace sociálních služeb a to nejen v rovině obecné, ale obzvláště aby dokázali porozumět a pochopit změny s ohledem na každého jednotlivého klienta a dokázali tak přemýšlet právě z jeho pozice. To by mohlo ovlivnit myšlení a emocionální stránku každého zaměstnance, který by na základě nových informací v rámci svých schopností

dokázal využít svůj potenciál k tomu, aby začleňování každého jednotlivého klienta probíhala, s co nejsnazším průběhem.

Přínos tohoto výzkumného projektu lze spatřit ve využití zjištěných poznatků k poskytování kvalitnější podpory v ústavech či chráněném bydlení. Praktické využití těchto poznatků je shrnuto v následujících bodech:

- snížení podpory a pomoci v ústavech na úkor zvýšení samostatnosti lidí s mentálním postižením
- příprava (trénink) v ústavech na změnu prostředí v jednotlivých oblastech (vaření, cestování, peníze)
- posilování pracovních návyků v ústavech
- vzbudit aktivní zájem zaměstnanců o problematiku deinstitucionalizace
- v chráněném bydlení výrazně stimuluje dobré vztahy mezi spolubydlíci možnost zvolit si spolubydlícího

## 10. Závěry výzkumu

Nejdůležitější zjištění výzkumu lze shrnout následovně:

1.) Situovanost ústavů působí na člověka s mentálním postižením negativně, zdrojem nespokojenosti je izolovanost od okolního světa, nedostupnost služeb a nemožnost kontaktu se společnostmi. Naopak lidé s mentálním postižením žijící v chráněném bydlení uprostřed měst oceňují snadný dosah služeb a život v realitě po boku ostatních. Lidé s mentálním postižením tak mohou leccos vysledovat, učit se od ostatních, což jim napomáhá včlenit se do společnosti. Pojem „doma“ odráží identifikaci s místem, kde lidé s mentálním postižením žijí, souvisí s naplněním potřeb bezpečí a jistoty. Ústav se nestává tím pravým domovem pro člověka s mentálním postižením, často považují svůj druhý domov (pojetí dvojího doma) u své rodiny. Chráněné bydlení přijímají lidé s mentálním postižením jako svůj hlavní a jediný domov, tam kde právě bydlí jsou „doma“. Tento fakt potvrzuje snaha vylepšovat a inovovat vlastní bydlení, lidé s mentálním postižením v chráněném bydlení počítají se svým novým domovem jako jistotou a zároveň si uvědomují, že podobu jejich domácnosti vytváří oni sami.

2.) Vztahy se spolubydlícími jsou narušeny v ústavu i v chráněném bydlení konfliktními situacemi, ty byly v ústavu řešeny formou zákazů, změnou prostředí dochází k humanizaci řešení konfliktních situací mezi jednotlivými obyvateli prostřednictvím oficiálních stížností. Konflikty však přetrvávají, jako vhodné řešení se jeví možnost zvolit si svého spolubydlícího, nebo bydlet samostatně. V období v ústavu převládala v kontaktu s rodinou forma písemná, kterou nyní v chráněném bydlení nahrazuje forma telefonická, kvantitativní změny lze zaznamenat v podobě častějšího kontaktu nebo čtenějších osobních návštěv, v návaznosti na častější kontakt lze zaznamenat kvalitativní posun ve vztazích k rodině zejména v upevňování rodinných vazeb. Lidé s mentálním postižením vnímali v ústavu nedostatečnou možnost navazovat partnerské vztahy díky izolovanému prostředí, po vstupu do chráněného bydlení nadále touží navázat partnerství, to se jim však nedaří z důvodů pasivity v hledání si partnera, stydlivosti nebo nereálných požadavků na partnera.

3.) Lidé s mentálním postižením získávají v ústavech základní pracovní návyky, které se posléze po vstupu do chráněného bydlení a do oficiálních zaměstnání jeví jako ulehčující faktor ke snadnější adaptaci na nároky související s prací. Práce rozšiřuje životní možnosti lidí s mentálním postižením napomáhá k jejich seberealizaci a realizaci jejich tužeb. Výrazným motivem k setrvání v práci je možnost vydělávat si peníze. Práce pro člověka s mentálním postižením znamená přínos v oblasti rozvoje sebedůvěry, sebevědomí, navazování kontaktů, osvojení si sociálních dovedností.

4.) Forma podpory a pomoci poskytovaná ústavním zařízením snižuje míru samostatnosti u lidí s mentálním postižením bez ohledu na schopnosti jednotlivců. V chráněném bydlení je podpora a pomoc poskytována v menší míře, přičemž záleží spíše na samotném jedinci, jak přistoupí ke svým záležitostem týkajících se jeho života. Lidé s mentálním postižením se učí samostatnosti v různých činnostech, které doposud nevykonávali. Na základě dlouhodobého tréninku dochází ke zdokonalování se v jednotlivých činnostech, lidé s mentálním postižením jsou schopni vykonávat činnosti samostatně, tím se zvyšuje jejich míra samostatnosti. Zvládnutí těchto činností značně posiluje jejich sebevědomí.

## 11. Souhrn

Primárním specifikem mentální retardace je postižení kognitivních funkcí. Po celém světě se rodí každých 20 vteřin dítě s mentálním postižením. Mentální postižení přetíná hranice všech kontinentů bez ohledu na etnikum či rasu. Mentální postižení není duševní nemocí, nýbrž stavem, který lze kompenzovat tak, že jedinec získá díky individuální podpoře schopnosti a dovednosti, které mu umožní lepší adaptaci ve společnosti.

V minulosti žili lidé s mentálním postižením na okraji společnosti, poté hromadně v ústavech mimo civilizaci. V průběhu druhé poloviny 20. století a začátku nového milénia lze zaznamenat snahu integrovat osoby s mentálním postižením do nitra společnosti, je kladen důraz na práva lidí s mentálním postižením. Během deinstitucionalizace, která se v posledních letech v ČR rozběhla na plné obrátky získávají lidé s mentálním postižením možnost žít v přirozeném prostředí po boku ostatních lidí.

Lidé s mentálním postižením opouštějí velkokapacitní ústavy, začínají využívat nových pobytových služeb (chráněné bydlení, podporované bydlení). Chráněné bydlení, kterému je v rámci této práce věnována pozornost, je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná lidem s mentálním postižením. Tato služba poskytuje pomoc v mnoha oblastech, souvisejících s běžným životem. Lidem s mentálním postižením pomáhají osobní asistenti zvládat nároky, které jsou na ně kladeny, tato forma pomoci se odvíjí od individuálních potřeb klienta.

Omezené množství literatury a výzkumů realizovaných v oblasti změny prostředí vybízí k výzkumné činnosti. Problémem je absence výzkumu v českých podmínkách, který by se zaměřoval na psychologické aspekty a souvislosti, týkající se změny prostředí v oblasti bydlení u lidí s mentálním postižením.

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat reflexi dvou odlišných etap života člověka s mentálním postižením. Hlavní výzkumná otázka zněla, jak reflektují lidé s mentálním postižením svojí životní situaci v ústavu a životní situaci nyní v chráněném bydlení. Protože by bylo stěží možné prozkoumat všechny aspekty zkoumaného problému bylo třeba využít konkrétních výzkumných otázek, které umožnily zúžit výzkumný problém tak, aby byl reálně zkoumatelný (Strauss, Corbinová, 1999).



Výzkumné otázky, které byly použity pro realizaci tohoto výzkumu zněly:

1. Jak srovnávají lidé s mentálním postižením svoje bydlení v ústavu a nyní v chráněném bydlení?
2. Jak lidé s mentálním postižením popisují jejich mezilidské vztahy v ústavu a nyní?
3. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na práci?
4. Jaký je názor lidí s mentálním postižením na jejich samostatnost s ohledem na změnu prostředí?

Pro naplnění výzkumného cíle byl zvolen orientační výzkum, zaměřený deskriptivně na orientaci v problematice a jejímu porozumění (Ferjenčík, 2000). Tento výzkum byl pojat jako kvalitativní výzkum, jež se snaží porozumět interpretaci lidských zkušeností.

Data do výzkumu byla získána ze 3 zdrojů: 1.) od lidí s mentálním postižením, kteří jsou uživateli chráněného bydlení, a to prostřednictvím rozhovoru a ohniskové skupiny; 2.) od lidí, kteří jsou těmto lidem s mentálním postižením blízcí (rodinní příslušníci), prostřednictvím rozhovoru; 3.) od osobních asistentů, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení, prostřednictvím rozhovoru.

Data od lidí s mentálním postižením byla získána prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru a ohniskové skupiny. Po získání těchto dat, byly provedeny polostrukturované rozhovory s osobními asistenty a rodinnými příslušníky lidí s mentálním postižením, jež se týkaly témat, které se vyskytovaly během rozhovorů a ohniskové skupiny s lidmi s mentálním postižením.

Výběr výzkumného souboru byl proveden metodou záměrného výběru. Nejdůležitějším kritériem pro výběr vzorku byl pobyt jak v ústavní péči, tak v chráněném bydlení (více jak 3 roky). Celkem se výzkumu účastnilo 19 osob, z nichž bylo 11 lidí s mentálním postižením, 4 osobní asistenti a 4 osoby blízké lidem s mentálním postižením. Z pohledu úrovně mentální retardace bylo v tomto souboru 9 osob s lehkou mentální retardací a dvě osoby se středně těžkou mentální retardací. Z 11 lidí s mentálním

postižením bylo v tomto výzkumu 7 žen a 4 muži ve věku od 34 – 57 let. Průměrný věk souboru byl 45 let.

Rozhovory a diskuse v ohniskové skupině byly nahrány na diktafon a posléze byl ze získaných dat zhotoven doslovný přepis. Ten byl následně upraven do podoby výzkumného protokolu za účelem anonymity respondentů a přehlednosti textu. V následující fázi probíhala analýza dat podle postupů zakotvené teorie Strausse a Corbinové (1999). Analýza získaných dat nejprve probíhala jako označování jevů, kdy byly jednotlivým skupinám jevů přiřazovány pojmy. Tyto pojmy byly seskupeny do induktivně odvozených kategorií na základě jejich podobnosti. Během fáze axiálního kódování docházelo k hledání vztahů a souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi, jež sloužily k vytváření hypotetických výroků, které byly upravovány a ověřovány s ohledem na původní verbatimy rozhovorů a nově získaná data. Ke konečnému cíli zakotvené teorie ve fázi selektivního kódování nedošlo, zde dochází k odchýlení od této teorie, nebyla hledána centrální kategorie, analýza dat a způsob jejich prezentace spočívali v podobě popisu sledovaných životních témat lidí s mentálním postižením. K zajištění validity výzkumu byla použita technika triangulace metod a technika triangulace zdrojů, jejichž pomocí bylo možno posoudit zkoumaný jev z vícero úhlů pohledu.

Výzkum dospěl k těmto nejdůležitějším zjištěním:

1.) Zdrojem nespokojenosti v bydlení v ústavu byla izolovanost od okolního světa, nedostupnost služeb a nemožnost kontaktu se společností. V chráněném bydlení žijí lidé ve městech po boku ostatních se snadnou dostupností všech služeb. Ústav se nestává výlučným domovem pro lidi s mentálním postižením. Pojem „doma“ souvisí s naplněním potřeb bezpečí a jistoty. V chráněném bydlení se stávají bytové jednotky pro lidi s mentálním postižením tím pravým domovem, který inovují a vytváří oni sami.

2.) V oblasti vztahů se spolubydlícími byly zaznamenány v obou prostředích konflikty, změnou prostředí však dochází ke změně způsobu řešení těchto konfliktů. V chráněném bydlení dochází k humanizaci těchto řešení, kdy má člověk s mentálním postižením právo si stěžovat a dožadovat se řešení situace demokratickou cestou. Konfliktům v chráněném bydlení lze zabránit možností zvolit si svého spolubydlícího, nebo také samostatným bydlením.

Ve vztahu k rodině dochází ke kvantitativním i kvalitativním změnám. Původně nejčastěji písemnou formu nahrazuje forma kontaktu formou telefonickou, zvyšuje se četnost osobních návštěv.

Podle Vágnerové, Hadj-Mousovové, Štecha (2001) mají lidé s mentálním postižením nedostatek partnerských vztahů, toto tvrzení tento výzkum potvrzuje. Lidé s mentálním postižením vnímali v ústavu nedostatečnou možnost navazovat partnerské vztahy díky izolovanému prostředí, po vstupu do chráněného bydlení nadále touží navázat partnerství, to se jim však nedaří z důvodů pasivity v hledání si partnera, stydlivosti nebo nereálných požadavků na partnera.

3.) Lidé s mentálním postižením získali v ústavech pracovní návyky, jež jim pomáhají k snadnější adaptaci na nároky související s prací. Práce rozšiřuje životní možnosti lidí s mentálním postižením napomáhá k jejich seberealizaci a realizaci jejich přání. Výrazným motivem k setrvání v práci je možnost vydělávat si peníze. Práce pro člověka s mentálním postižením znamená přínos v oblasti rozvoje sebevědomí, sebevědomí, navazování kontaktů, osvojení si sociálních dovedností. Tato zjištění korespondují s výzkumy Lečbycha (2006; 2008).

4.) Život lidí s mentálním postižením v obou etapách představoval dvě různá období. Ty se od sebe liší povahou nároků, jež byly po lidech s mentálním postižením vyžadovány. Během pobytu v ústavu jim byl poskytnut kompletní servis, nemuseli se téměř o nic starat. Forma podpory a pomoci poskytovaná ústavním zařízením snižuje míru samostatnosti u lidí s mentálním postižením. Současný život v chráněném bydlení klade daleko vyšší nároky na člověka s mentálním postižením. Podpora a pomoc je poskytována v menší míře, přičemž je kladen důraz na samostatnost lidí s mentálním postižením. Na základě tréninku dochází ke zdokonalování v jednotlivých činnostech, které doposud nevykonávali. Nelze tedy souhlasit s tvrzením Vágnerovo (2004), která uvádí, že lidé s mentálním postižením nemají kompetence k samostatnému životu. Lidé s mentálním postižením jsou schopni vykonávat činnosti samostatně, tím se zvyšuje jejich míra samostatnosti. Zvládnutí těchto činností značně posiluje jejich sebevědomí.

## LITERATURA:

- Bajo, I., Vašek, Š. (1994). *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia.
- Batshaw, M., L. (1997). *Children with disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Dolejší, M. (1973). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum.
- Drtílková, I., (2001). Mentální retardace. In Raboch, J., Zvolský, P. et al., *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Dykens, E., M. (2006). *Toward a positive psychology of mental retardation*. American journal of orthopsychiatry, 76: 185-193.
- Eisová, A. (1983). *Kapitoly z dějin psychopedie*. Praha: SPN.
- Ferjenčík, J. (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství*. Praha: NLN.
- Franiok, P., Kysučan, J. (2002). *Psychopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Kábele, F. a kol. (1993). *Somatopedie*. Praha: UK.
- Klenková, J. (1996). *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido.
- Kysučan, J. (1982). *Úvod do psychopedie*. Olomouc: VUP.
- Lečbych, M. (2006). *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením*. Olomouc: UPOL.
- Lečbych, M. (2008). *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: UPOL.
- Matulay, K. a kol. (1986). *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta.
- Mioviský, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MKN – 10. (1992) *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Monatová, L. (1998). *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido.
- Morgan, D. L. (2001). *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
- Orel, M. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
- Pipeková, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.
- Pipeková, J. (2006). *Osoby s mentálním postižením, ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD.
- Rubínšteinová, S., J. (1973). *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN.

- Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Sovák, M. (1977). *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN.
- Strauss, A., Corbinová, J. (1999) *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Podané ruce.
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šelner, I. (2012). *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas.
- Švarcová, I. (2003). *Mentální retardace*. Praha: Portál.
- Titzl, B. (1998). *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Pedagogická fakulta UK.
- Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., & Štech, S. (2000). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Valenta, M., Müller, O. (2003). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Valenta, M., Müller, O. (2004). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Valenta, M., Müller, O. (2007). *Psychopedie*. Praha: Parta.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol. (2012). *Mentální postižení v pedagogickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada.
- Wagnerová, P. (2002). *Několik vět o SPMP ČR*. Praha: SPMP.
- Zvolský, P. a kol. (1994). *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum.

### **Internetové zdroje:**

- American Psychiatric Association DSM-5 Development. (2014). Získáno 2. března 2014. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Jak nato – příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci. 2013. Praha: MPSV ČR. Získáno 10. prosince 2013. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14688/Sbornik.pdf>
- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Platnost od 1.1. 2007. Získáno 2. března 2014. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

# ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

**Název práce:** Reflexe životní situace uživatelů chráněného bydlení v kontextu deinstitutionalizace

**Autor práce:** Bc. Tomáš Pauch

**Vedoucí práce:** PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 77, 134 220

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 43

## **Abstrakt:**

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku životní reflexe lidí s mentálním postižením, kteří odešli z ústavní péče a začali žít samostatný život v chráněném bydlení. V rovině teoretické je popsána problematika mentálního postižení v psychologickém či společenskohistorickém pojetí. Hlavním cílem bylo zmapovat reflexi dvou odlišných etap života člověka s mentálním postižením. Ve výzkumné části je prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a ohniskové skupiny objasněna problematika života lidí s mentálním postižením s ohledem na změnu prostředí. Výsledky výzkumu ukázaly, že změna prostředí prospívá lidem s mentálním postižením, jejich současný způsob žití se v mnohém liší od způsobu života v ústavu. Dochází ke změně životního stylu. Lidé s mentálním postižením přijímají svůj nový domov a pečují o něj, pozitivně hodnotí možnost pracovat, zvyšuje se míra samostatnosti, která vede ke snazší integraci člověka s mentálním postižením do společnosti.

**Klíčová slova:** mentální retardace, postižení, podpora, deinstitutionalizace, kvalitativní výzkum

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Reflection life situation users protected independent living in the context of deinstitutionalization.

**Author:** Bc. Tomáš Pauch

**Supervisor:** PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 77, 134 220

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 43

### **Abstrakt:**

The bachelor thesis is focused at the issues of the life reflection of intellectually disabled people who left the institutional care and started their independent life in the protected dwelling. On the theoretical level there is the description of the intellectual disability from the psychological and socially historic point of view. The main goal was charting the reflection of two different stages of intellectually disabled people's life. In the research part the problems of intellectually disabled people's life were described with the regard to the environment change through the half – structured conversation and focused group. The results of the research showed how does the change of the environment help the intellectually disabled people as far as their up-to-date way of life differs a lot from the way of life in an institution. People who are intellectually disabled accept their new house and take care of it, as well as evaluate positively the opportunity to work. Their increasing level of independence leads the easier integration of an intellectually disabled person into society.

**Key words:** mental retardation, disability, support, deinstitutionalization, qualitative research

## **C) PŘÍLOHY**



## Příloha č. 1 Výzkumná zpráva pro uživatele chráněného bydlení

Dobrý den,

Jmenuji se Tomáš Pauch, nedávno jsem s Vámi setkal u Vás doma, kde jsme si povídali o životě v ústavu a o životě v chráněném bydlení. Děkuji za Vaše odpovědi během našeho povídání.

Díky Vaším názorům jsem mohl sestavit Váš životní příběh. Bydleli jste v ústavech, nyní žijete v chráněném bydlení. Ve Vašem životě se hodně změnilo.

Když jste žili v ústavu, tak jste to měli daleko do města nebo k lékaři. Teď když bydlíte ve městě, tak to máte blízko všude a v okolí máte hodně obchodů a okolo sebe plno lidí, které potkáváte.

Když jste žili v ústavu, tak se tam někteří z Vás necítili jako doma. V pokojích nic moc nebylo, jen postel, skříň, stolek. Teď když žijete v chráněném bydlení, tak pečujete o svůj domov, staráte se, aby byl hezký podle Vás. Kupujete si postele, které jsou pro Vás pohodlné. Nebo křeslo, skříň a to si vybíráte Vy sami.

Když jste žili v ústavu, tak jste měli spolubydlící na pokoji. Někdy jste se i pohádali. Teď Vás na pokojích není tolik, to se Vám líbí, když můžete bydlet s kamarádem nebo kamarádkou, tak jste spokojení. Koukáte spolu na televizi, nebo jezdíte na výlety a zažíváte legraci. Někdo z Vás odpovídal, že by chtěl bydlet úplně sám a někdo už tak bydlí a pochvaluje si to.

Když jste žili v ústavu, tak jste se moc nevidali s rodinou. Teď se vídáte víc, každý z Vás má mobil, takže si i voláte.

Když jste žili v ústavu, tak jste chtěli mít holku, nebo kluka. Ale moc jich tam nebylo, skoro vůbec. Jen někdy, když byla družba s jiným ústavem. Teď když jste v chráněném bydlení tak byste chtěli mít někoho rádi. Ale zatím jste ještě nenašli někoho, kdo by se k Vám hodil.

Když jste žili v ústavu, tak jste občas pracovali, ale nedostávali jste peníze. Teď dostáváte za práci peníze a to se Vám líbí, můžete pak utrácet. V práci se taky něco nového naučíte a

nebo se seznámíte s novými kamarády. Práce Vás baví, rádi pracujete. Občas Vám vadí, že jste z práce utahaní.

Když jste žili v ústavu, tak jste měli skoro všechno zařízený. Léky, doktory, jídlo, to všechno dělali lidi v ústavu. Teď se musíte snažit, aby jste si to všechno zařídili sami, léky si kupujete sami, dávkujete si je. Naučili jste se vařit, i péct. Umíte nakupovat za peníze. Naučili jste se hodně nových věcí, co jste dřív neuměli. Vaši osobní asistenti říkají, že jste moc šikovný.

Děkuji, že jsem s Vámi mohl setkat. Přeju Vám, aby se Vám v životě dařilo a třeba se zas někdy uvidíme. Tomáš Pauch

## Příloha č. 2 Ukázka z výzkumného protokolu B

(zkráceno pro demonstrativní účely)

### **C) OBLAST PRÁCE**

Pozn.: otázky položené výzkumníkem jsou tučně zvýrazněné  
odpovědi respondentky B bez zvýraznění

**Pracovala jste v ústavu?**

No, v kuchyni, myla jsem nádobí a pak jsem šla kvůli ekzému na ruku na krejčovnu.

**Co jste tam dělala?**

Věšela prádlo a žehlila, ranní a odpolední.

**Kolik hodin denně jste tam pracovala?**

Tak dvě, tři hodinky.

**A měla jste to jako povinnost tam chodit, nebo jste tam chodila dobrovolně?**

No normálně, že jsem chtěla, tak jsem tam šla. Některý holky nemohly pracovat, já jo.

**Dostávala jste peníze za práci?**

Ne.

**Vadilo Vám to?**

Já jsem nad tím tenkrát moc nepřemýšlela.

**Mohla jste pracovat mimo ústav?**

To nešlo.

....

**Pracovala jste za dobu, co jste v chráněném bydlení?**

Jo, už jsem měla víc prací, nejdřív jsem pracovala tam, myla ešusy, pak jsem dělala s A v dílně na součástkách, to mě bavilo, ale pak jsem měla psychický problémy, taky nohy mě bolely, tak jsem musela skončit.

**Pracujete nyní?**

Jo měla jsem pauzu, ale už zas pracuju na XXX, uklízím tam.

**Každý den?**

No, mám to zatím na 2 hodinky, pak se uvidí.

**Pomáhá Vám někdo, nebo uklízíte jen Vy?**

Jenom já, to je lehký. Vyhodím koše, zametu, vytřu, poklidím a tak.

**Jak jste přišla k té práci?**

To mi sehnala XXX , ona nám shání práce.

**Proč chodíte do práce?**

Máma i táta pracujou, tak to chodí, člověk musí do práce, aby měl taky z čeho žít, dneska nic není zadarmo.

**Baví Vás něco v práci?**

Jo, když jsou peníze, teda vejplata.

**Myslíte si, že děláte Vaší práci dobře?**

Jako jo, i v minulý práci mě chválili, vedoucí viděl, že dobře pracuju, tam jsem si vydělávala víc peněz.

**Ted' máte míň?**

Jo, chtěla bych víc.

**Co proto uděláte?**

Nevím, to se musí nějaká práce najít, kde je víc peněz.

....

**Musela jste v práci řešit nějaké problémy?**

Ani ne, občas jsme spolu nemluvili, ale dobrý.

**Jak byste zhodnotila vztahy se svými spolupracovníky?** Jo dobrý, když jsem pak měla psychický problémy, tak nějak už ne. Měla jsem s jednou problémy, ale to se nějak vyřešilo, ona tam pracuje pořád. Pan vedoucí mi dá vědět, až bude pro mě práce.

....

**Jak se Váš život změnil poté, co jste začala pracovat?** No bylo to lepší, jsem víc vycházela z domu, pak jsem chodila po práci na kafičko, nebo na oběd, nebo tak, mohla jsem jezdit do Turnova na nákupy, teď si nemůžu moc dovolit. Když by mě pan vedoucí nevezal, tak někam na 4 hodiny. Teď mám 2 hodiny to je málo. Třeba žehlit, ale 4 hodiny, nebo do kuchyně, ty součástky nevím.

**Je něco, co Vám vadí na práci?** To spíš dřív, když jsem vstávala do práce ráno, tak to jsem pak byla unavená. Ale jinak mi nic nevadí, na XXX pracuju až od 11ti a někdy i od dvou, záleží jak se domluvíme.

**Jak se domlouváte?**

Mobilem.

**A jak to probíhá?**

Jsem doma a napíšu mi, pak si to přečtu a napíšu, že jo, to je celý.

**Kdo Vás to naučil?**

Na začátku mi to nešlo, ale pak mi to ukázala asistentka, a pak už to bylo dobrý, volám i umím napsat smsku, kupuju si kredity.

**Co jste se naučila ještě díky práci?**

Že tam přijdu, dřívávě se mi nechtělo nic dělat, teď pracuju ráda, holky taky pracujou. A můžu si pak zajít něco koupit.

**Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta**

<b>PŘEDKLÁDÁ:</b>	<b>ADRESA</b>	<b>OSOBNÍ ČÍSLO</b>
Bc. PAUCH Tomáš	Malá Janovská 4309, Jablonec nad Nisou - Rýnovice	F11286

**TÉMA ČESKY:**

Reflexe životní situace uživatelů chráněného bydlení v kontextu deinstitucionalizace.

**NÁZEV ANGLICKY:**

Reflection life situation users protected independent living in the context of deinstitutionalization.

**VEDOUcí PRÁCE:**

PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

**ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:**

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti mentální retardace se zaměřením na jedince s lehkou mentální retardací, historie sociálních služeb a jejich proměn v průběhu času s ohledem na deinstitucionalizaci, sociální psychologie - téma životní spokojenosti.
3. Rámcová osnova teoretické části:
  - a. Lehká mentální retardace a její specifika.
  - b. Deinstitucionalizace - přechod od ústavní péče k chráněnému bydlení.
  - c. Význam samostatného bydlení v životním cyklu člověka s mentální retardací.
4. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím bakalářské práce před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je: Kvalitativní metoda sběru dat - rozhovory s lidmi s mentální retardací, které budou analyzovány, kódovány a prezentovány jako příběh s důrazem na klíčová témata.
  - a. Výběr respondentů s ohledem na konzultace s vedoucím práce.
  - b. Předpokladem je získání cca 10 probandů.
  - c. Výzkumnou otázkou je reflexe životní situace lidí s mentální retardací v chráněném bydlení s ohledem na změnu prostředí. Cílem je popsat oblasti života jedince v chráněném bydlení a porovnat ho s životem v ústavní péči.
5. Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Výstupem bakalářské práce na základě kvalitativní studie bude návrh dotazníku, či škály, která pokryje témata změny prostředí a bude tak možná aplikovat na větší soubor lidí s mentální retardací v rámci diplomové práce.

**SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:**

- Kvapilík, J., Černá, M. (1990). Zdravý způsob života mentálně postižených. Praha: Avicenum.
- Lečbych, M. (2006). Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lečbych, M. (2008). Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. Olomouc: Vydavatelství UP.
- Švarcová, I. (2003) Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
- Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol. (2012). Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada.