

Univerzita Hradec Králové  
Filozofická fakulta  
Ústav sociální práce

# **Autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení**

Diplomová práce

Autor: Bc. Sandra Ahneová  
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Forma studia: kombinovaná  
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.



## Zadání diplomové práce

<b>Autor:</b>	<b>Sandra Ahneová</b>
Studium:	U1919
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název diplomové práce:</b>	<b>Autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení</b>
Název diplomové práce AJ:	Autonomy of people with intellectual disability in context of sheltered housing service

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se zaměřuje na osoby s mentálním postižením v kontextu poskytování sociální služby chráněné bydlení. Teoretická část se zabývá problematikou mentálního postižení, autonomií osob s mentálním postižením a postavením těchto osob ve společnosti. Zároveň se zaměřuje na typy sociálních služeb pro danou cílovou skupinu, podrobněji se dále věnuje převážně sociální službě chráněné bydlení. Cílem práce je pomocí kvalitativního výzkumu a techniky rozhovorů zjistit, jaký je prostor pro uplatňování autonomie osob s mentálním postižením v kontextu výše uvedené služby.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 9788073670405. KRHUTOVÁ, Lenka. Autonomie v kontextu zdravotního postižení. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-232-7. PIPEKOVÁ, Jarmila. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.
Oponent:	doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Lucie Smutkové, Ph.D. samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu, ze kterých jsem čerpala.

V Hradci Králové dne 31. 3. 2022

.....

Bc. Sandra Ahneová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Mé poděkování patří především Mgr. Lucie Smutkové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, především za cenné rady a čas, který mi v průběhu vypracování věnovala. Ráda bych však poděkovala také všem informantkám, pracovnícím chráněných bydlení, které svojí spoluprací a ochotou při realizaci výzkumného šetření značně přispěly ke zpracování této práce. Zároveň děkuji mým blízkým, kteří mi nejen při tvorbě této práce, ale také v průběhu celého studia, byli vždy oporou.

## ANOTACE

AHNEOVÁ, Sandra. *Autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení*. Hradec Králové, 2022. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Lucie Smutková, Ph.D. 90 s.

Práce bude řešit téma autonomie u osob s mentálním znevýhodněním v rámci pobytové sociální služby chráněné bydlení. Hlavním cílem práce bude nejen zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení, ale také jak pracovníci chráněného bydlení vnímají vliv dané služby na autonomii klientů. V první části práce budou vymezena a charakterizována základní teoretická východiska odpovídající uvedené problematice. Následovat bude empirická část, ve které bude využita kvalitativní výzkumná strategie, a to prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bude provedeno s pracovníky chráněného bydlení v rámci Libereckého kraje. Výzkum bude zkoumat pohled pracovníků chráněného bydlení na význam autonomie u klientů s mentálním postižením, dále co dle nich ovlivňuje uplatňování dané autonomie a zároveň jaké jsou v kontextu autonomie rozdíly mezi jednotlivými pobytovými službami pro osoby s mentálním postižením.

**Klíčová slova:** autonomie, osoby s mentálním postižením, chráněné bydlení, pobytové služby, deinstitutionalizace.

## ANNOTATION

AHNEOVÁ, Sandra. *Autonomy of people with intellectual disability in context of sheltered housing service*. Hradec Králové, 2022. Diploma Dissertation. University of Hradec Králové, Philosophical Faculty, Institution of social work. Leader of the Diploma Dissertation: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D. 90 pp.

The Diploma thesis will deal with the issue of autonomy of people with mental disabilities in the residential social service sheltered housing. The main goal of the thesis will be not only to find out how the autonomy of people with mental disabilities is applied in the context of the service, but also how workers of sheltered housing perceive the impact of the service on the client's autonomy. In the first part of the work there will be defined and characterized the basic theoretical background corresponding to the issue. The empirical part will follow, in which a qualitative research strategy will be used, through the technique of semi-structured interview. The research survey will be conducted with sheltered housing workers within the Liberec Region. The research will examine the opinion of sheltered housing workers on the importance of autonomy of clients with mental disabilities, what they believe affects the application of autonomy and at the same time what are the differences between individual residential services for people with mental disabilities.

**Key words:** autonomy, people with intellectual disability, sheltered housing, residential services, deinstitutionalisation.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	9
ÚVOD.....	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ .....	12
1.1 Vymezení termínu mentální postižení.....	13
1.2 Klasifikace mentálního postižení .....	16
1.3 Etiologie mentálního postižení .....	19
1.4 Disability studies .....	21
1.5 Společnost a osoby s mentálním postižením.....	22
1.6 Práva osob s mentálním postižením .....	24
2 AUTONOMIE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	27
2.1 Vymezení termínu autonomie .....	27
2.1.1 Pojmy související s autonomií .....	29
2.2 Autonomie osob s mentálním postižením .....	31
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM .....	34
3.1 Vývoj péče o osoby s mentálním postižením.....	35
3.2 Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.....	36
3.3 Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením .....	39
3.3.1 Sociální služba chráněné bydlení .....	41
SHRNUTÍ TEORETICKÝCH VÝCHODISEK .....	46
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....	48
4.1 Cíle výzkumného šetření .....	48
4.2 Metodologie výzkumu, jeho realizace a způsob zpracování získaných informací .	50
4.3 Charakteristika zkoumaného souboru .....	53
4.4 Etické otázky a rizika výzkumu .....	54
5 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ .....	56

5.1 DVC1 – Zjistit, jak vnímají pracovníci chráněného bydlení význam autonomie u klientů s mentálním postižením.....	56
5.2 DVC2 – Zjistit, co dle pracovníků chráněného bydlení ovlivňuje uplatňování autonomie u klientů v chráněném bydlení.....	60
5.3 DVC3 – Zjistit, jaký je pohled pracovníků chráněného bydlení na rozdíly mezi službou chráněné bydlení a jinými službami pro osoby s mentálním postižením v kontextu autonomie .....	66
6 ZÁVĚREČNÁ INTERPRETACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	73
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	77
SEZNAM TABULEK .....	81
SEZNAM PŘÍLOH .....	82



## **Seznam použitých zkratk**

AAMR	Americká asociace pro mentální retardaci
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
CHB	Chráněné bydlení
LZPS	Listina základních práv a svobod
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MP	Mentální postižení
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Mezinárodní zdravotnická organizace (World Health Organization)

## Úvod

Tato diplomová práce se zabývá osobami s mentálním postižením<sup>1</sup> a jejich autonomií, v rámci služby chráněné bydlení. V dnešní době je důkladná lékařská péče o matku a nenarozené dítě v průběhu těhotenství znakem kvalitního zdravotnictví a základním prvkem vyspělých zemí. Existuje celá řada vyšetření, která zkoumá především zdraví plodu. I přes zkvalitnění prenatalní péče v posledních desetiletích se však nedá zcela zabránit narození dětí s postižením. V případě mentálního postižení se jedná o stav, kdy v důsledku poškození mozku došlo k trvalému snížení jeho rozumových schopností. Ani v budoucnu se nedá předpokládat úplné vymizení postižení u narozených dětí, vzhledem k různým nemocem či úrazům, ovlivňující jejich zdraví. Dá se proto předpokládat, že osoby s mentálním postižením, byly, jsou a budou vždy součástí společnosti.

I přes to, že se píše již 21. století, existuje stále ještě značná část populace sdílející názor, že by osoby s postižením neměly být ostatním, „normálním“ na očích, ideálně aby byly „odklizeny“ do různých zařízení (Švarcová, 2000). Minimálně je nevnímají jako sobě rovné a objevuje se rozdělení na skupiny „my - zdraví“ a „oni - nemocní“. Přitom mají osoby s mentálním postižením stejné potřeby a práva jako každý jiný člověk. Základem je právo žít běžným životem, tedy mimo institucionální zařízení. Souvisí s tím pojem autonomie jedince, který představuje především proces osamostatnění se, prostor pro samostatné rozhodování a především také pro přebírání odpovědnosti o vlastním, nezávislém životě. Místem, umožňující výše jmenované, může být v případě osob s mentálním postižením právě chráněné bydlení. Jedná se o sociální službu, která je poskytována v chráněných bytech, kde klienti žijí v běžné domácnosti. Zpravidla bývá takový byt situován v klasických domech panelákového typu, ve kterém mimo jiné žije také majoritní část populace. Součástí bydlení je čerpání sociální služby v podobě docházení asistentů do chráněných bytů, kde dané osobě pomáhají v každodenních činnostech, souvisejících především s chodem domácnosti.

Zaměření a téma diplomové práce vzniklo zcela přirozeně, díky mé práci jako sociální pracovnice v chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením. Proces transformace pobytových zařízení sociálních služeb, tedy přechod od ústavní péče k péči v přirozeném

---

<sup>1</sup> Celá práce se zabývá pouze dospělými osobami s mentálním postižením. Důvodem je kontext sociální služby chráněné bydlení, které je poskytováno osobám s postižením až od 18 let, tedy dospělým.

prostředí, probíhá již od roku 2007. I přes to se však stále setkávám se zcela mylnými představami a často až negativními názory, co se chráněného bydlení týče. Nedůvěra však nepochází pouze od široké veřejnosti, ale často také od samotných rodičů dětí s postižením. S tím souvisí přibývající, problematický jev, kterým je úmrtí rodičů, čímž dítě s mentálním znevýhodněním, které sice dosavadní život strávilo doma, obklopeno milující rodinou, přijde o pečující osobu. Takové „dítě“ bývá často již v téměř důchodovém věku. Místo postupného osamostatnění se, např. po dosažení plnoletosti, čeká tak tyto lidi ohromná změna, která se vzhledem k pokročilému věku stává dlouhým, a často velmi náročným, procesem zvykání si na nezávislý život mimo domov.

Hlavním cílem diplomové práce je **zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení, a jak pracovníci chráněného bydlení vnímají vliv uvedené služby na autonomii klientů.** Naplnění hlavního výzkumného cíle proběhne prostřednictvím tří dílčích výzkumných cílů, kterými je nejprve zjistit, jaký je dle pohledu pracovníků chráněného bydlení význam autonomie u klientů, dále co ovlivňuje uplatňování dané autonomie, a zatřetí jaké jsou v kontextu autonomie rozdíly mezi jednotlivými pobytovými službami pro jmenovanou cílovou skupinu. Získání informací proběhne pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně polostrukturovaným rozhovorem. Výsledky zjištěné touto diplomovou prací mohou být proto užitečné především pro rodiče či jiné blízké osoby, pečující o člověka s mentálním postižením, kteří o významu sociální služby chráněné bydlení pochybují či s jejich využitím váhají. Mimo to, mohou výsledky přinést také určité pochopení u pracovníků ústavních zařízení, kteří chráněné bydlení často z různých důvodů vnímají jako zbytečné či nebezpečné. Diplomová práce může být přínosná také pro studenty sociální práce, zajímající se o tuto cílovou skupinu v kontextu autonomie a služby chráněné bydlení.

Tato práce je rozdělena do sedmi kapitol, přičemž začátek je věnován ukotvení teoretických hledisek daného tématu, tedy mentálnímu postižení obecně, jeho klasifikaci či etiologii. Dále se řeší téma autonomie a existující možnosti bydlení. Zároveň je popsán vývoj péče o cílovou skupinu, pojmy transformace a deinstitucionalizace, jakožto podrobný popis služby chráněné bydlení. Přibližně v druhé polovině textu následuje seznámení s vlastním výzkumem a jeho cíli. Dále jsou uvedeny údaje o způsobu sběru dat, popis způsobu zpracování a následně samotná interpretace získaných informací.

## 1 Mentální postižení

Z důvodu zaměření diplomové práce na cílovou skupinu osob s mentálním postižením, se první kapitola zabývá nejprve vymezením termínu mentální postižení. Na to navazuje jeho klasifikace a dále etiologie mentálního postižení neboli příčiny jeho vzniku. Zároveň je stručně popsán velmi mladý vědní obor zabývající se mentálním postižením, tj. disability studies. Závěrečné dvě podkapitoly se věnují vztahu společnosti vůči osobám s mentálním znevýhodněním a následně jejich právům.

Mentální postižení je jednou z podkategorií zdravotního postižení. Se zajímavou a velmi sjednocenou definicí zdravotního postižení přichází Světová zdravotnická organizace (WHO) v rámci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) (Krhutová, 2013b: 18). Uvádí, že zdravotní postižení je „*dlouhodobý či setrvalý zdravotní stav odlišný od běžné zdravotní kondice odpovídající věku, který se projevuje snížením funkčních schopností ...*“. K tomu dochází na třech úrovních fungování. Nejprve v rovině tělesné (např. sluch, zrak, hybnost, a podobně), dále v rovině provádění úkonů a úkolů. Poslední úroveň je v rovině účasti (participace) na společenském dění, přičemž první rovina je podmínkou k tomu, aby bylo možné mluvit o zdravotním postižení. Další dvě úrovně mohou, ale nemusí nastat, případně pak v různé míře.

Při rozboru slovního spojení zdravotní postižení lze odvodit, že se jedná o stav, při kterém je někdo něčím „stižen“, neboli něco ho postihlo. Z toho vyplývá, že jedinec se zdravotním postižením je po-stižen nějakou poruchou jeho zdraví. Ta s sebou z většiny případů přináší změnu běžného režimu fungování či určitá omezení. U osoby s mentálním postižením se tudíž jedná o člověka, jehož porucha zdraví se týká jeho mentálního, tedy psychického, stavu. Nutno podotknout, že je míra omezení velmi různorodá. I přes to, že se u dvou osob objeví totožná porucha zdraví, tak způsoby fungování či rozsah jejich limitů budou zcela odlišné. Důvodem může být neidentická adaptační výbava a dovednosti. Velký vliv má také vnější prostředí, ve kterém konkrétní jedinci žijí, a to jak prostředí fyzické, tak sociální, kulturní apod. (Krhutová, 2013a)

Označení této cílové skupiny existuje celá řada, nejčastěji se objevují především „mentálně postižení“, „osoby s handicapem / hendikepem“, „člověk s postižením“,

„osoba s mentální retardací“ či v cizojazyčné literatuře „lidé s problémy v učení“ (people with learning difficulties). Matoušek (2005) však poukazuje na nejdůležitější pravidlo pro jakékoliv termíny. Je vždy potřeba zdůraznit, že se primárně jedná o lidskou bytost, až poté následuje zmínění o určitém omezení, které danému člověku sice přináší odlišné způsoby chování, nijak ho však necharakterizuje jako člověka celkově. Nejvhodnějším termínem proto bývá člověk (či osoba, dítě, dospělý, atd.) s postižením, handicapem, znevýhodněním a podobně.

Tento typ označení doporučují také Michalík a kol. (2011), kteří navíc upozorňují na důvod početnosti a různorodosti terminologie. Problém spočívá v tom, že bývají osoby s mentálním postižením, nejen v minulosti, společensky vnímány spíše komicky, což je podporováno například historií dramatického umění. Stává se tak, že se původní odborné pojmy začínají ve společnosti po určitém čase používat jako hanlivé označení. Obory zabývající se péčí o lidi s mentálním postižením jsou proto často nuceny hledat nové termíny, kterými by mohly nahradit ty původní, pejorativně zabarvené. Výsledkem toho je značná nepřesnost či občas až neujasněnost v označení dané cílové skupiny.

Další problém vyzdvihuje Švarcová (2000), kterým je nedostatečné diferenciaci této cílové skupiny a jejich potřeb. Stejně jako tomu bývá u zdravé populace, je každá osoba s mentálním postižením originál a jedinečné individuum, s čímž souhlasí také Pipeková (2006). Nicméně i ve 21. století jsou osoby s mentálním znevýhodněním dle Švarcové (2000) často stále ještě zařazeny do téměř samostatného biologického druhu, protože se od sebe nikterak zvlášť neliší. Toto tvrzení pochopitelně neguje. Dokonce tvrdí, že jsou rozdíly v mentální úrovni u lidí s mentálním postižením větší, než je tomu u osob bez postižení.

## **1.1 Vymezení termínu mentální postižení**

Vzhledem k výše naznačené složitosti a mnohotvárnosti mentálního postižení a jeho terminologie bude v následující části textu nastíněno základní vymezení a charakteristika termínu mentální postižení. V odborné literatuře lze nalézt celou řadu definic, ale také názorů a úhlů pohledu, co se týče vztahu mezi pojmy „mentální postižení“ a „mentální retardace“. Vašek a kol. (1993, in Valenta a kol., 2012) uvádějí, v terminologickém

a výkladovým slovníku speciální pedagogiky, mentální postižení jako širší termín než mentální retardace. Mentální postižení slouží jako hlavní označení u všech osob s inteligenčním kvocieniem, neboli IQ, pod 85, přičemž mentální stav lidí s IQ pod 70 už lze právě nazvat mentální retardací. Zahrnuje tedy všechny osoby s mentální retardací a osoby, které se nacházejí v hraničním pásmu mentální retardace.

Valenta (in Valenta a kol., 2012) popisuje mentální postižení jako pouhé „změkčení“. Důvodem je opět výše jmenovaný problém spojený s pejorativním zbarvením, které vede k vnímání základního termínu mentální retardace jako společensky neúnosný. Naopak jiní autoři (například Matoušek, 2008; Šiška, 2005; nebo Švarcová, 2000) uvádí oba pojmy významově jako ekvivalenty. Švarcová (2000) se ale přiklání k užití výrazu „mentální retardace“, který vnímá jako optimističtější a méně osudový. Autorka se přiklání k posledně jmenovanému způsobu vnímání pojmů „mentální postižení“ a „mentální retardace“. Určitý rozdíl vnímá pouze v odbornosti termínů, přičemž „mentální postižení“ vidí spíše v každodenní praxi při práci se jmenovanou cílovou skupinou a „mentální retardací“ v odborné literatuře. Nicméně pro účely této práce jsou oba výrazy uváděny jako synonyma.

Samotný pojem „mentální retardace“ zavedla přibližně ve třicátých letech dvacátého století Americká společnost pro mentální deficienci (Koluchová, 1989 in Pipeková, 2006). Nicméně se termín začal rozšiřovat po konferenci Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO), která se konala roku 1959 v Miláně (Michalík a kol., 2011). Výraz mentální retardace pochází z latinského jazyka, přičemž je odvozen z druhého pádu slova *mentis*, neboli *mysl* či *rozum*, a slova *retardatio*, které lze přeložit jako *zdržet*, *zaostávat* nebo *opožďovat*. Znamená to tedy určitou opožděnost rozumu neboli rozumového vývoje. (Pipeková, 2006).

Matoušek (2008: 99) popisuje mentální postižení jako *„vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, [...]“* Michalík a kol. (2011) charakterizují mentální znevýhodnění pouze sníženou inteligencí, která se vyznačuje snížením určitých schopností, jako jsou schopnosti poznávací, řečové, pohybové a sociální. Sebeobhájci, neboli dospělí lidé s mentálním postižením, prosazující svoje názory a zájmy, se ve vlastní definici popisují

jako lidé s problémy v učení, orientaci, komunikaci či porozumění (Matoušek, 2005). Definice Americké asociace pro mentální retardaci (AAMR) z roku 2002 vysvětluje mentální postižení jako sníženou schopnost, která je charakterizována značnými omezeními v intelektových funkcích či adaptačním chování. To má následně vliv na pojmové, sociální a praktické adaptační dovednosti postiženého jedince. (Šiška, 2005)

Vágnerová (2008: 289) popisuje mentální postižení jako „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“ Dále ho popisuje jako „*neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.*“ Tento popis je poněkud jednodušší, stručnější, ale zároveň jednoznačnější, než tomu je u předchozích. Zároveň do posouzení stavu přizvala důležitou oblast, kterou je stimulace jedince během výchovy.

Nicméně vůbec nejrozsáhlejší, nejkompexnější a zřejmě nejcitovanější definicí je ta od Dolejšího, který se snažil o sjednocení všech hledisek, včetně opomíjeného hlediska emocionálního a citového. Říká, že „*mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, 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.*“ (1973: 38, in Pipeková, 2006: 55)

Jak již bylo výše popsáno, každá osoba s mentálním postižením je jedinečné individuum s charakteristickými osobnostními rysy. I přesto lze nalézt určité společné znaky, které se často, v menší či větší míře, vyskytují v kombinaci s mentálním znevýhodněním. Mezi takové charakteristické rysy patří například zpomalená chápavost, snížená mechanická (obzvlášť logická) paměť, těkavost pozornosti, omezená slovní zásoba či neobratnost ve vyjadřování, porucha pohybové koordinace, a tak dále. Počet či míra projevujících znaků však vždy závisí na různých faktorech, jako je druh mentálního postižení, jeho hloubka či rozsah, a podobně (Švarcová, 2000). Michalík a kol. (2011)

uvádějí podobné specifické rysy osob s mentálním postižením, navíc však jmenují například zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí, opoždění psychosexuálního vývoje, ulpívání na detailech, impulzivnost, konkrétnost myšlení, tedy absenci abstraktního myšlení, dále pomalé osvojování nových dovedností, nedostatky v artikulaci a také citovou vzrušivost. Zdůrazňují, že část jmenovaných specifíků lze však zmírnit či dokonce zcela překonat různými speciálně-pedagogickými metodami a přístupy. Jmenované rysy jsou tedy u každé osoby s postižením odlišně zkombinované. U některých jedinců se projeví více znaků, u některých méně.

## 1.2 Klasifikace mentálního postižení

Při kategorizaci mentálního postižení se nejčastěji uvádí klasifikace od Světové zdravotnické organizace (WHO). Tato klasifikace se v odborné literatuře objevuje pod označením MKN-10 (mezinárodní označení ICD-10), tedy desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která platí od roku 1992 (v České republice až od roku 1993) (Michalík a kol. 2011). V současné chvíli však existuje již novější revize MKN-11, neboli jedenáctá revize Mezinárodní kvalifikace nemocí. K jejímu schválení došlo již v květnu roku 2019, v platnost však vstoupila teprve před velmi krátkou dobou, tj. od 1. ledna 2022. Přejícné období bylo stanoveno na pět let, přičemž českou verzi lze očekávat teprve koncem roku 2022. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020)

V souvislosti s tématem dané práce je potřeba uvést pouze jednu, zásadní změnu, kterou je změna terminologie. Kategorie mentální retardace byla přejmenována na „porucha intelektu“ (v originále *intellectual disability*), případně „poruchy rozvoje intelektu“ (v originále *disorders of intellectual development*). Důvodem ke změně je především zavádějící termín „mentální“, zahrnující všechny oblasti psychiky člověka, přičemž vypouští defekt kognitivních funkcí. Zároveň se nestává příliš často, aby postižení u konkrétní osoby opravdu zasáhlo všechny jeho oblasti. Uvedené téma bude v MKN-11 možné nalézt v podkategorii přejmenované na „neurovývojové poruchy“. (Mertin, 2018)



Vzhledem k aktuálnosti uvedené změny a stále probíhajícím pracím na překladu do českého jazyka a potvrzení správnosti již přeložených odborných termínů, bude v rámci práce dále uvedena klasifikace dle stále platné MKN-10. Ta posuzuje hloubku postižení podle míry vzdálení od modálního průměrného výkonu s hodnotou IQ 100, přičemž hranici mentální retardace představuje IQ 70 (Šiška, 2005).

MKN-10 rozděluje mentální retardaci do šesti kategorií, a to následovně:

- F70 lehká mentální retardace – s IQ v rozmezí 50 – 69, dříve pojmenováno debilita; Jedinci s lehkou mentální retardací zpravidla dosáhnou komunikačních schopností dostačujících pro každodenní život. Většinou se stávají zcela samostatní v osobní péči (strava, oblékání, hygienické návyky) a péči o domácnost. Je důležité dbát o rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Mohou být zaměstnaní v jednodušší, především manuální práci.
- F71 středně těžká mentální retardace – s IQ v rozmezí 35 – 49, dříve pojmenováno imbecilita; Osoby se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděný rozvoj a následně omezené schopnosti v oblasti chápání, řeči, sebeobsluhy a zručnosti. Školní dovednosti jsou omezené, nicméně pod intenzivním pedagogickým vedením si mohou osvojit základy čtení, psaní či počítání. Bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Často se vyskytují neurologická onemocnění, obzvláště epilepsie, a mentální retardace bývá v kombinaci s psychiatrickými onemocněními. Jejich diagnóza je však, vzhledem k jeho omezeným verbálním schopnostem, zpravidla velmi obtížná.
- F72 těžká mentální retardace – s IQ v rozmezí 20 – 34, dříve pojmenováno idioimbecilita, prostá idiocie; Těžká mentální retardace je v některých ohledech podobná předchozí kategorii, nicméně snížená úroveň vyjmenovaných schopností je v tomto případě mnohem výraznější. Většinou trpí značnou poruchou motoriky či jinými vadami. Pro rozvoj jejich schopností a dovedností je nezbytná včasná, kvalifikovaná výchovná, vzdělávací a rehabilitační péče.
- F73 hluboká mentální retardace – s IQ do 19, dříve pojmenováno idiocie, vegetativní idiocie;

Jedinci s hlubokou mentální retardací mají výrazně omezené oblasti řeči, porozumění a pohybu. Může se objevit inkontinence. Schopnost pečovat o své základní potřeby je velmi nízká a vyžadují stálou pomoc. Zpravidla mají těžké neurologické či jiné tělesné potíže, jako je epilepsie, poškození zraku či sluchu.

- F78 jiná mentální retardace;

Diagnóza jiná mentální retardace se používá v případě, kdy je určení úrovně mentální retardace zvláště složitá či nemožná, zpravidla u osob s kombinací s dalšími postiženími – u nevidomých, neslyšících, osob s těžce tělesným postižením apod.

- F79 nespecifikovaná mentální retardace;

Tato kategorie se používá u jedinců, kteří mají prokázanou mentální retardaci, avšak není dostatek informací pro jeho zařazení do jedné z předchozích kategorií. (Švarcová, 2000; Valenta a kol., 2012)

V MKN-10 jsou jednotlivé kapitoly oboru značeny písmenem, v případě duševních poruch to je písmeno F. Po písmenu následují číslice, které blíže specifikují diagnózu (Michalík a kol., 2011). Součástí kódu je mimo stupně mentální retardace také rozlišení postiženého chování daných jedinců – sebepoškozování, afekty vzteku apod. V takovém případě se přidává další číslice za tečku s číslicí, která vyjadřuje stupeň retardace, a to následovně:

- 0 – žádné či minimálně postižené chování;
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci;
- 8 – jiná postižení chování;
- 9 – není zmínka o postižení chování.

Například diagnóza typického klienta s Downovým syndromem se značí F71.0, tedy osoba se středně těžkou mentální retardací bez poruch chování (Valenta a kol., 2012).

V uvedené klasifikaci již chybí kategorie „mírná mentální retardace“ s IQ 70 – 85. Ta byla součástí starších klasifikací, může se však ještě výjimečně objevovat v poradenské praxi. Důvodem pro vyřazení je příčina snížení úrovně rozumových schopností. U předchozích kategorií bývá způsobeno organickým poškozením mozku, které vede

k zabránění běžnému rozvoji psychiky daného jedince. V případě kategorie „mírná mentální retardace“ však stojí za sníženým intelektem většinou jiná příčina než poškození mozku, a to genetická, sociální a podobně (Švarcová, 2000).

### **1.3 Etiologie mentálního postižení**

Na otázku etiologie neboli příčiny mentálního postižení se často zaměří rodiče po narození dítěte s mentálním postižením či v případě pozdějšího odhalení jeho diagnózy. Hledají důvod, proč k mentálnímu poškození u jejich dítěte došlo. Většinou si vyžadují vysvětlení od lékařů. Ti jim však většinou jasnou odpověď dát nemohou. Žádný jednoznačný „viník“ zpravidla není. Existuje mnoho různorodých příčin, které mohou vést k mentální retardaci. Málokdy je postižení způsobeno pouze jednou příčinou, naopak se stává, že se příčiny mezi sebou prolínají, vzájemně podmiňují či spolupůsobí.

Ve výzkumu etiologie mentálního postižení stála většinou dvě hlavní, zcela odlišná hlediska. Na jedné straně to je hledisko, které zdůrazňuje genetické vlivy, ale opomíjí vliv prostředí a výchovy na vývoj osobnosti člověka, a na druhé straně stojící hledisko, které naopak zohledňuje pouze vlivy prostředí a výchovu, ale nevěnují pozornost dědičnosti (Švarcová, 2000). Na opačné straně stojí Černá a kol. (2008), kteří uznávají obě hlediska. Zdůrazňují, že není možné vždy určit, zda mentální retardaci způsobily pouze biologické příčiny, a případně do jaké míry ovlivnily aktuální stav daného člověka sociální vlivy. Oba faktory se v osobnosti člověka prolínají. Původní míra postižení může být sociálním prostředím a životními zkušenostmi pozměněna, a to pozitivně i negativně. Určitou roli hraje také faktor časový, tedy kdy k mentálnímu postižení došlo, případně v jakých souvislostech.

Beirne-Smith (2002, in Černá a kol., 2008) uvádí, že je velké množství příčin vzniku mentálního znevýhodnění stále neznámé, a to i přes pokročilou biologickou vědu či přesnější diagnostiky mentálního postižení. Zároveň upozorňují na nepřímou úměrnost mezi stupněm mentálního znevýhodnění a nalezením přesné příčiny, a to, že čím lehčí je stupeň mentálního postižení, tím je větší pravděpodobnost, že nebude možné určit jednoznačnou příčinu. S tím souhlasí také čeští autoři Raboch a Zvolský (2001: 346, in

Černá a kol. 2008: 85), kteří říkají, že „*čím je mentální retardace hlubší, tím častěji lze najít biologickou příčinu [...]*.“

Existuje několik, různorodých členění příčin mentálního postižení. Často se jmenuje dělení na faktory endogenní a exogenní, tedy vnitřní a vnější. Další možností je rozlišení dle časového hlediska, a to na faktory prenatalní, neboli faktory působící před porodem, dále perinatální, ty působí během porodu a krátký čas po něm, a nakonec postnatální – faktory působící v průběhu života. V případě prenatalního období jde především o působení dědičných faktorů, mezi které patří především různé geneticky podmíněné poruchy, dále však také specifické genetické poruchy či různé infekce matky. Konkrétními příklady infekčních onemocnění matky mohou být zarděnky, neštovice nebo syfilis. Mezi jiné vnější faktory, nebezpečné v období vývoje plodu v těle matky, se řadí například rentgenové záření, nevhodné léky, různé chemikálie, drogy či alkohol. (Valenta a kol., 2012)

Další příčinou vzniku mentálního postižení jsou různé specifické genetické poruchy. Nejčastěji se jedná o syndromy, které jsou způsobeny změnou počtu chromozomů, případně narušením jejich struktury, či genovou mutací. Jednou z nejznámější mutací na chromozomální úrovni je trizomie 21. chromozomu. Jedná se o stav, kdy existují tři chromozomy místo běžného páru (dizomie), čili jednoho chromozomu získaného od otce a jednoho od matky. Tento vrozený syndrom je známý jako Downův syndrom. Podobných syndromů, způsobených na chromozomální úrovni existuje celá řada – například Edwardsův syndrom, Di-Georgův syndrom, De Lange syndrom a tak dále. (Valenta a kol., 2012)

V případě perinatálního období, tedy během porodu a krátký čas po něm, je dítě ohroženo především nezvyklou zátěží, jako je mechanické poškození mozku a nedostatek kyslíku, případně nedonošenost či nízká porodní váha. A nakonec postnatální období, které je obdobím možného vlivu více různých negativních faktorů. Mohou jimi být například různá traumata, která zasáhnou centrální nervovou soustavu, čímž naruší celistvost a neporušenost organismu, dále záněty mozku či krvácení do mozku. Určitý vliv mohou mít také výše jmenované sociální faktory, především deprivace neboli dlouhodobé neuspokojení některé ze základních lidských potřeb. (Valenta a kol., 2012)

## 1.4 Disability studies

V souvislosti s mentálním (zdravotním) postižením je nutno ještě dodat téma disability studies. Jedná se o velmi mladý interdisciplinární vědní a studijní obor, který se na úrovni vysokoškolského vzdělávání usadil teprve koncem minulého století. Jeho vznik souvisí s hnutím Independent Living (Nezávislý život), pocházející z USA a Velké Británie v 60. a 70. letech dvacátého století (Kolářová, 2012). Důvodem pro užití anglického názvu má, mimo původ oboru, dva hlavní důvody. Prvním důvodem je především zmíněná krátká existence daného oboru, přičemž v České republice nemá zatím příliš mnoho stoupenců či odborníků. Druhým důvodem je komplikovaný obsah a překlad termínu „disability“, který nelze jednoslovně přeložit (Krhutová, 2013b). V souvislosti s daným oborem je přesnější hovořit v plurálu. Disability studies jsou totiž „souborem“ *„různorodých vědních oborů zabývajících se zdravotním postižením ze své vlastní perspektivy a které vzájemným působením vytvářejí komplexní „vědu o zdravotním postižení“.*“ (Krhutová, 2013b: 15)

V době vzniku daného oboru se osoby s postižením snažily o veřejné prosazování jejich občanských práv a svobod. Nechtěly být už vnímány jako pouhé pasivní objekty sociální dobročinnosti a pomoci, ale jako subjekty lidských práv. Dříve bylo pojetí dané cílové skupiny velmi jednostranné, patologické. Pozornost byla věnována pouze vadám, nedostatkům či limitům jedince s důrazem na to, co neumí, nedokáže a nesmí. Disability studies však tento náhled mění a obrací směrem k podmínkám, vytvořené společnosti (například různé psychologické a architektonické bariéry), dále předsudkům a podobně. (Krhutová, 2013b)

Disability studies proto neřeší zdravotní postižení z běžného teoretického hlediska, čili v rámci různých klinických, pedagogických či terapeutických přístupů, ani nenahlízejí na osoby s postižením jako příjemce zdravotní péče či sociální ochrany. Na celé téma o zdravotním postižení se dívají spíše z praktické stránky. Zajímají se například o etické otázky zdravotního postižení, jak je chápáno v kontextu společnosti, kultury či politiky, ale zároveň, jak je definováno a prezentováno nejenom všeobecně ve společnosti, ale také konkrétně v médiích. Sjednocují různorodé poznatky z celé řady oborů ve vztahu ke zdravotnímu postižení, a to například z historie, sociologie, práva, ekonomie, komunikace, literatury či umění. Jejím hlavním cílem je zvýšení porozumění odlišnostem

zdravotního postižení, nevnímat je negativně, ale naopak je brát jako součást života. (Krhutová, 2013b)

## 1.5 Společnost a osoby s mentálním postižením

Švarcová (2000) uvádí, že se u osob s mentálním postižením jedná o jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými, a že početný odhad činí přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením žijících v České republice. Odlišná data udává Český statistický úřad, který provedl již celkem tři výběrová šetření osob se zdravotním postižením, a to v letech 2007, 2013 a 2018. Poslední z nich proběhlo odlišně než předchozí dvě. Informace nebyly zjišťovány, jako v předchozích letech, prostřednictvím odeslaných dotazníků od praktických lékařů, ale přímým šetřením v domácnostech osob se zdravotním znevýhodněním. Mentální postižení však nebylo v šetření samostatnou kategorií, ale zařazeno společně s duševním onemocněním a poruchami chování do jedné. Výsledky s přibližně 172 tisíci osobami v dané kategorii jsou proto poněkud nejednoznačné, co se jmenované cílové skupiny týče (Český statistický úřad, 2018). I přes to, že jsou informace o přesném počtu osob s mentálním postižením v České republice nejasné, tak jednoznačně představují významnou minoritní skupinu v naší společnosti.

V dnešním světě bývá míra péče o menšiny, v tomto případě o osoby s postižením, jedním ze znaků pro určení úrovně vyspělosti daného státu. Součástí péče může být například pozornost věnována výzkumu v oblasti defektologie, rozšíření sítě sociálních služeb pro jmenovanou cílovou skupinu či jejich finanční podpora v podobě různých sociálních dávek (Kvapilík, 1990). Dnešnímu postavení osob s postižením ve společnosti předchází dlouhá historie, která se často dělí na čtyři hlavní fáze – represivní, zotročovací, charitativní a socializační. I přes to, že je ze stupnice znát postupný přechod „od nejhoršího k nejlepšímu“, není současná situace ve společnosti pro osoby s mentálním postižením zcela ideální. (Michalík a kol., 2011)

Hlavním problémem dnešní společnosti vůči dané menšině bývá především nedostatek informací či neznalost základních odlišností definujících tuto minoritní skupinu. Z toho pramení celá řada předsudků neboli určitý negativní postoj vůči osobám s mentálním

znevýhodněním. Takové postoje, založené především na různých informacích „z doslechu“, lze rozdělit na několik typů. V případě osob s mentálním postižením se jedná především o předsudky podceňující, odmítavé, protektivní či případně také hostilní. Předsudky podceňující jsou spojeny s politováním a soucitem, protože jsou „bezmocní a nemohoucí“. Výroky typu, že jsou osoby s mentálním postižením neužitečné, nebo že je to trest (boží), který si postižený, či jeho rodina, zaslouží, patří do předsudků odmítavých. Do hostilních předsudků se řadí názory, že má osoba s mentálním postižením samé výhody, vše má zadarmo a hrazené z daní zdravých lidí, atd. Posledním ze jmenovaných jsou předsudky protektivní, neboli ochranné. Jedná se o názory, že se všem osobám s postižením musí poskytovat ochrana a sociální péče, protože bez pomoci to nezvládnou (Krhutová, 2013b a Michalík a kol., 2011). V praxi se jedná o nejčastěji zastoupený typ předsudků, a zároveň snad i ten nejhorší. Poskytování nadbytečné péče totiž osoby s mentálním postižením činí příliš závislými na pomoci druhé osoby, a zbytečně tak brání jejich osobnímu růstu a rozvoji dovedností.

Dalším problémem ve společnosti je časté omezování osob s mentálním postižením, ke kterému dochází v různých ohledech a směrech života. Jedná se o různé bariéry, které ovlivňují především jejich zaměstnanost, možnosti vzdělávání a přístupnosti informací (Michalík a kol., 2011). Zajímavý pohled přináší Pörtner (2009: 71), který zahrnuje postoj mentálně postiženého k vlastnímu postižení. Uvádí, že vzhledem k diskriminaci, kterou zažívají dennodenně na ulicích, v obchodech nebo veřejné dopravě, se objevuje sklon k co nejvíce možnému popírání vlastního postižení. Obzvláště lidé s lehčím mentálním postižením, kteří si jsou svého postižení vědomi, vnímají reakce lidí kolem sebe. Nevyhnu se potom pocitu, že nejsou „takoví, jací by měli být“. Pro akceptaci svého postižení a přijetí sebe sama je důležitá především podpora okolí. Nemělo by se zapomínat na to, že *„brát lidi s mentálním postižením vážně neznamená přehlížet jejich postižení. Znamená to brát je vážně i s jejich postižením.“*

Poslední zajímavou poznámku ke vztahu společnosti vůči osobám s mentálním postižením přináší Kvapilík (1990: 19). Ten uvádí proces od postoje BEZ mentálně postižených, přes život osob s mentálním znevýhodněním MIMO společnost, k životu VEDLE osob bez postižení. Díky různým humanistickým hnutím jsme se dostali k postoji, které lze charakterizovat slovem „MEZI“. Ani ten však brzy nestačil. Pro

naplnění současné myšlenky integrace osob s postižením do společnosti, je potřeba žít S NIMI, nebo ideálně se naučit žít SPOLU s nimi. „*Jedině tento postoj zaručuje plný rozvoj osob s mentální retardací, na něž mají bezvýhradné právo.*“

## 1.6 Práva osob s mentálním postižením

Jak již bylo řečeno výše, tak mají osoby s mentálním znevýhodněním totožné potřeby jako osoby bez postižení. Stejně tomu je i s právy, především právy lidskými, tedy že „*člověk s mentálním postižením má garantována svá základní práva a svobody ve stejném rozsahu jako běžný občan bez postižení*“ (Sobek a kol., 2007: 13). Trvalo však dlouhá léta, než společnost k podobným názorům dospěla.

Zájem o hájení lidských práv osob s mentálním postižením se začal rozvíjet teprve v šedesátých letech minulého století, kdy se k zastáncům mezinárodních lidských práv přidala také organizace rodičů dětí s mentálním postižením. Vznikla tak Evropská liga společností mentálně handicapovaných. Mimo všeobecného hájení zájmů bylo dalším požadavkem poskytování potřebných služeb osobám s mentálním postižením na základě jejich práv, nikoli na bázi dobročinnosti. Prvním důležitým mezinárodním dokumentem byla Evropská sociální charta, jež byla přijata roku 1961. V té době představovala jedinou mezinárodní smlouvu o lidských právech, která vnímala jako nositele lidských práv také osoby s postižením. Později však čelila kritice vzhledem k popisu lidí s postižením jako osoby neschopné samostatného a nezávislého života, odkázané na péči a pomoc svých nepostižených spoluobčanů. (Švarcová, 2000)

Situace se změnila především od 70. let 20. století, kdy byly Valným shromážděním Organizace spojených národů (OSN) postupně přijaty dvě deklarace upravující práva osob se zdravotním postižením. Nejprve to byla roku 1971 Deklarace o právech mentálně postižených a po ní následovala roku 1975 Deklarace o právech osob se zdravotním postižením. První z nich řeší právě otázku plnoprávného života osob s mentálním znevýhodněním ve společnosti a jejich „zespolečenštění“ (Michalík a kol., 2011; Pipeková, 2006; a Švarcová, 2000). Dalším dokumentem přijatý Valným shromážděním OSN byl v roce 1993 Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, jež měl zajistit proces, během kterého jsou osobám s postižením



zpřístupňovány různé systémy společnosti (Krejčířová, 2002 in Pipeková, 2006). Neposledním důležitým mezníkem v oblasti práv osob s mentálním postižením byla mezinárodní konference Lidská práva pro osoby s mentálním postižením. Konala se v roce 1997 v Praze a řešila dodržování jejich práv v oblastech jako je například zdraví, výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, vlastní volba či rozhodování. (Pipeková, 2006)

V současné době jsou v České republice základní lidská práva a svobody zakotveny v Ústavě, dále v LZPS a v dalších mezinárodních úmluvách (Sobek a kol., 2007). Takovým příkladem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla přijata v roce 2006 Valným shromážděním OSN. V České republice však vstoupila v platnost až o tři roky později. Úmluva věnuje pozornost podpoře a ochraně lidských práv a základních svobod lidí s postižením. Základním lidským právem je například zachování lidské důstojnosti, osobní svoboda, právo na soukromí, právo na rodinný život a podobně. (Kancelář veřejného ochránce práv, 2019)

Často se stává, že si veřejnost myslí, že jsou osoby s mentálním postižením, které jsou částečně zbaveny způsobilosti k právním úkonům, také zbaveny svých práv. To je samozřejmě naprosto mylná představa. Omezení způsobilosti k právním úkonům neomezuje člověka v jeho právech, ale naopak se daného člověka tím snaží chránit před případným zneužitím. Ke způsobilosti k právním úkonům je totiž nutná schopnost rozhodovat o svém postavení sám, tedy bez zásahu třetí osoby. K tomu je důležitá určitá psychická vyspělost. Důvodem k omezení způsobilosti k právním úkonům je „*omezení schopnosti člověka rozhodovat o určitých skutečnostech sám, z důvodu snížené rozumové schopnosti*“, například následkem trvalou duševní poruchou. Takovým příkladem jsou různá duševní onemocnění, nadměrné užívání alkoholu či omamných látek, ale právě také vývojové poruchy, tedy mentální postižení. (Sobek a kol., 2007: 25)

O omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje vždy soud během řízení, jehož výsledkem je rozhodnutí uvádějící výčet právních úkonů, ve kterých je člověk omezený. Omezení může být vysloveno pozitivním výčtem, uvádějící, ke kterým úkonům posuzovaná osoba způsobilá je, či negativním výčtem, tedy vyjmenování úkonů, ke kterým způsobilá není. Mezi takové právní úkony patří například uzavírání smluv či manželství, aktivní či pasivní volební právo, nebo nejčastěji konstatované omezení

v nakládání s nemovitým či dokonce i movitým majetkem, tj. finanční hotovostí. (Valenta a kol., 2012)

V případě jakéhokoliv omezení způsobilosti k právním úkonům je omezenému člověku soudem stanoven opatrovník. Opatrovníkem bývá zpravidla ustanoven jeden z rodičů zastoupeného, nebo jiná příbuzná, či blízká osoba. V případě, kdy není možné takovou osobu nalézt, je soudem ustanoven takzvaný veřejný opatrovník, tedy orgán místní správy. Opatrovník má za úkol zastupovat opatrovance ve všech právních úkonech, ke kterým není způsobilý. Zároveň je oprávněn za zastoupeného jednat jeho jménem. Nikdy však není úkolem opatrovníka mít odpovědnost za život opatrovance. Pro správný výkon opatrovnictví je důležité, aby zástupce vždy vycházel ze zájmů opatrovance, a také znal a respektoval jeho názory či přání. (Sobek a kol., 2007)

Je vhodné zdůraznit také „novinku“ z roku 2014, kterou přinesl Nový občanský zákoník. Ten vnímá omezení ve svéprávnosti jako krajní řešení. K omezení svéprávnosti by mělo docházet pouze v případech, kdy by danému člověku jinak hrozila nějaká újma. Nový občanský zákoník proto přináší různá mírnější a méně omezující opatření. Prvním příkladem je ustanovení opatrovníka bez zásahu do svéprávnosti. Osobě s mentálním postižením zůstávají všechna práva zachována bez omezení. Soudem jsou pouze stanoveny případy, kdy je potřeba, aby za něj jednal opatrovník. Dalším příkladem je nápomoc při rozhodování. V takovém případě je osoba s mentálním postižením rovněž plně svéprávná, nicméně prostřednictvím smlouvy o nápomoci, schválena soudem, získává podpůrce. Ten se zúčastňuje společně s podporovaným jeho právních jednání, při kterých ho informuje o možných rizicích nebo co by na jeho místě udělal podpůrce apod. Nemůže však za podporovaného jednat, na rozdíl od soudem stanoveného opatrovníka. Důvodem pro vznik jmenovaných možností je nadužívání omezování svéprávnosti. Uvedené alternativy, fungující na základě podporovaného rozhodování, představují značnou podporu při zapojení člověka do společnosti. (MPSV, 2015)

## 2 Autonomie osob s mentálním postižením

Druhá kapitola se věnuje tématu autonomie, a to nejprve obecně vymezení termínu a několika pojmů, úzce souvisejících s autonomií. Dále následuje zaměření na konkrétní autonomii osob s mentálním postižením, její specifika i důvody, vedoucí k mylným představám o autonomii jmenované cílové skupiny. V rámci tohoto tématu je krátce zmiňován přístup podpory nezávislosti, který se využívá především v chráněném bydlení.

Autonomie je v teorii (podobně jako důstojnost, lidská práva apod.) sociálním konstruktem. Znamená to, že byla „vytvořena“ lidmi, není možné si na ni sáhnout, ani ji „změřit“. V běžném životě je naopak spojena především s jednáním lidí a užití slova není striktně určeno. Často však bývá synonymem pojmům, jako je svoboda či nezávislost (Krhutová, 2013a). V následujících podkapitolách se nejprve pokusím o vymezení termínu autonomie, což je značně složitý, podle některých autorů až nemožný, úkol. Důvodem je jeho složitost a multidimenzionalita, která se projevuje vlivem na všechny části lidské existence (fyzickou, mentální, duchovní, kulturní, sociální, ekonomickou a politickou). Zároveň je problém v mírně odlišném vnímání podle nahlížené perspektivy (Sýkorová, 2007). Zároveň se bude práce zabývat lidskými potřebami, svobodou a dalšími pojmy, které s autonomií úzce souvisí. Následně je téma autonomie zúženo na kontext osob s mentálním znevýhodněním a jejich kvalitu života.

### 2.1 Vymezení termínu autonomie

Jak již bylo výše jmenováno, vymezení autonomie je složitým úkolem. Pro prvotní nastínění významu lze označení autonomie v rámci jazykového rozboru rozdělit na řecká slova *autos*, neboli Self, sám, a *normos*, tedy norma, právo, zákon. Pro přesnější přiblížení daného pojmu však pouhý rozbor slova nestačí. Je důležité poznamenat, že se definice autonomie mohou lišit dle oboru posouzení, tedy v rámci filozofie, psychologie, sociologie apod. Například v psychologii je autonomie vnímána jako schopnost jedince odolávat v rámci myšlení a jednání sociálním tlakům. Zároveň je úzce spojena se stavem „well-being“ neboli subjektivní fyzickou a psychickou pohodou. Autonomie je navíc jedním z kritérií duševního zdraví (Sýkorová, 2007). Podle Hartla a Hartlové (2000: 65,

in Krhutová, 2017: 6) ukazuje autonomie osobnosti, „do jaké míry je člověk sám sebou a může si svobodně zvolit svou činnost, její místo, čas a druh, případně zvolit nečinnost.“

Termín osobní autonomie může být vnímán jako synonymum individuální svobody, sebeovládání, svobodné vůle či rozhodování. Dále je spojený se soukromím, individualitou, důstojností a individuální odpovědností. S osobní autonomií souvisí vytváření a vyjadřování vlastního názoru, s prosazováním svých zájmů nebo realizací vlastních hodnot. Lze tedy shrnout jako „relativní samostatnost jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnost, vůli a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.“ (Sýkorová, 2007: 75)

Další definice Mareše a Mareše (2014) se převážně shoduje s předchozími popisy, doplňují je pouze o nabývání větších práv a odpovědnosti v rámci společnosti, k čemuž dochází v období dospívání. Dále uvádějí, že rozvoj autonomie je velmi důležitý vzhledem k tomu, že ovlivňuje kvalitu životní cesty daného člověka. Autonomii vnímají na jednu stranu jako proces, ale zároveň také jako výsledek tohoto procesu. Autonomie mimo jiné osvobozuje od vazeb a následně otevírá danému člověku možnosti. Není potřeba za ni bojovat. Autonomie představuje příležitost, kterou může využít každý člověk (Pichlerová, 2010). Dle Sýkorové (2007) lze autonomii dělit do čtyř dimenzí. První představuje dimenzi funkcionální, tedy řízení a organizace vlastních aktivit bez cizí pomoci. Druhá je dimenze postojová, která představuje prosazování vlastních názorů, dále dimenze emocionální, jež omezuje danému jedinci potřebu blízkosti či emocionální podpory druhých lidí, a nakonec dimenze konfliktní. Ta omezuje, nebo dokonce odstraňuje, nadměrné pocity viny či strach z druhých nebo vůči nim.

Téma autonomie se v oblasti sociální práce řeší často ve vztahu k vyššímu věku či stáří, kdy se člověk stává obvykle závislejším na druhých. Vztah autonomie a závislosti rozebírá například Schweppe (2002, in Pichlerová, 2010). Ten vnímá autonomii (individualizovaný věk) jako protipól závislosti (závislého věku). Jejich charakter je zcela kontrastní. Zároveň mají ale určitou souvislost, spojitost, kterou je přechod z doby autonomie do doby závislosti. Jedná se o přechod od autonomního věku do doby závislosti neboli o proces, kdy závislost postupně nahrazuje autonomii daného jedince. Na začátku tedy stojí autonomie, která se pomalu zmenšuje a vytrácí, až je dosažen stav úplné závislosti. Podobně vnímá autonomii také Kalvach (2011: 35, in Vlachová,

2017: 29), který uvádí, že „její dosažení či udržení není zcela jisté, trvalé ani úplné: mění se v čase, v závislosti na životních podmínkách, sociálním kontextu, na povaze a rozsahu úkolu, s nimiž se jedinci aktuálně vyrovnávají, na jejich kompetencích i na kritériích, jimiž jsou oni a jejich výkon ve společnosti posuzováni. Riziku oslabení nebo dokonce ztráty autonomie čelí poměrně častěji právě lidé staří a lidé se zdravotním postižením.“

Autorka se identifikuje s opačným vnímáním vztahu autonomie a závislosti, který uvádí například Pichaud a Thareauová (1998, in Vlachová, 2017). Podle nich závislost autonomii nevylučuje, naopak je možné, aby autonomie existovala současně se závislostí. Zdůrazňují, že je důležité autonomii a závislost rozlišovat. Závislost vzniká ve chvíli, kdy člověk musí žádat o pomoc při běžných, každodenních činnostech. Autonomie znamená, že je člověk schopný vést život podle svých pravidel. Podle jmenovaných definic sestavili stupnici, kterou lze aplikovat rovněž na osoby s mentálním postižením, a to především u osob s těžším postižením, jež je spojeno s určitou mírou závislosti na druhých. Podle jejich dělení se může člověk ocitnout ve čtyřech fázích, kdy je:

- autonomní a nezávislý – určuje si vlastní pravidla, je schopný se o sebe při každodenních činnostech postarat bez pomoci druhých;
- autonomní a závislý – v některých každodenních činnostech potřebuje pomoc druhých;
- neautonomní a nezávislý – potřebuje být vedený druhými, je schopný se o sebe v běžných situacích postarat;
- neautonomní a závislý – nedokáže posoudit, co je pro něj dobré, při každodenních činnostech je odkázaný na pomoc druhých.

### **2.1.1 Pojmy související s autonomií**

Vzhledem ke složitosti termínu autonomie jsou níže uvedeno a popsáno ještě několik významných pojmů, které s autonomií nějakým způsobem souvisí. Jedná se o lidské potřeby, svobodu, soukromí a empowerment.

Je možné říct, že je autonomie propojena s lidskými potřebami, dokonce, že mezi ně patří. Nejznámější dělení lidských potřeb přinesl americký psycholog Abraham Maslow, jedná se o takzvanou „Maslowovu pyramidu potřeb“, ve které jsou lidské potřeby postupně seřazeny podle jejich významu. První stupeň je věnovaný základním, nejdůležitějším lidským potřebám, neboli fyziologickém, tedy potřeba výživy, spánku, zdraví, fyzické aktivity a tak dále. Následuje potřeba fyzického a psychického bezpečí, do které patří pocit jistoty, fyzické bezpečí či absence strachu. Třetí stupeň je věnovaný potřebě lásky, přátelství, sounáležitosti se skupinou, potřebě milovat a být milován. Předposlední potřebou je potřeba uznání a úcty, například odpovídající ocenění po zvládnutí určité činnosti nebo být respektován. A na samém vrcholu stojí potřeba seberealizace. Právě do této potřeby lze, mimo potřeby osobního růstu a naplnění různých životních hodnot, zařadit také autonomii. Ta souvisí s potřebou vyjádření svých schopností či vlastní individuality. Cesta k naplnění nejvyšší potřeby – seberealizace, včetně autonomie, vede po stupních od nejnižších, nejzákladnějších postupně výš a výš. Z toho vyplývá, že člověk potřebuje mít nejdříve uspokojené všechny předchozí potřeby pro úspěšné dosažení autonomního já. Je důležité neopomíjet fakt, že je autonomie *„pouze součástí souboru lidských potřeb, jednou z celého systému hodnot, z nichž mnohé mohou situačně význam autonomie převýšit.“* (Sýkorová, 2007: 77)

Dalším důležitým pojmem je svoboda, která je obsahově užší než autonomie. Svoboda zahrnuje především možnost „dělat, co si člověk přeje“, dále nebýt omezován a hlavně mít možnost volby. Zároveň představuje nezbytnou podmínku autonomie, stejně tak jako soukromí individua. Pro soukromí jsou nezbytně důležité prostory „pro vlastní potřebu“, takzvaného útočiště, například v podobě vlastního bytu či pokoje. Právě instituce sociální péče mohou představovat riziko ztráty soukromí. (Sýkorová, 2007)

Posledním jmenovaným pojmem je empowerment. Adams (2003: 8) ho definuje jako *„prostředky, pomocí kterých se jednotlivci, skupiny a/nebo komunity stávají schopnými převzít kontrolu nad svými okolnostmi a dosahovat svých vlastních cílů, čímž jsou schopni pomáhat sobě i ostatním k maximalizaci kvality jejich života.“* Heathcote (2000) ho charakterizuje jako schopnost člověka převzít za sebe odpovědnost, dále činit různá rozhodnutí nebo vyjadřovat své názory a myšlenky. Empowerment dokonce uvádí jako synonymum k pojmu autonomie. Autorka se přiklání k většině jmenovaných autorů, kteří

autonomii nevnímají jako ekvivalent k empowermentu, nicméně je však úzce s autonomií propojený a může mít na ni vliv.

## 2.2 Autonomie osob s mentálním postižením

Jak již bylo výše popsáno, tak ve vnímání vzájemného vztahu autonomie a závislosti daného člověka se názory odborníků liší. Podobně tomu je u autonomie osob s mentálním postižením. Stejně jako například lidé ve vyšším věku, tak i osoby s mentálním postižením mohou být v některých činnostech závislé na pomoci druhé osoby. Asistenci potřebují většinou u běžných, každodenních činnostech, jako je nakupování, vaření, uklízení apod. Tuto potřebu pomoci vnímají odborníci jako potvrzení závislosti těchto osob, neboli jako důkaz jejich neschopnosti o sobě rozhodovat. (Ells, 2001, in Krhutová, 2013a)

V tomto případě se profesionálové často mylně domnívají, že kdo není způsobilý kompletně vykonávat aktivity osobní péče, neboli kdo není soběstačný, není autonomní a ani být nemůže (Kalvach a kol., 2012). Samostatnost v aktivitách osobní péče a nezávislost však neznamenají totéž, obzvláště pro samotné osoby s mentálním postižením. Ty svou nezávislost vnímají především v schopnosti mít kontrolu nad svými životy a případně také moct o svém životě rozhodovat (Reindal 1999, in Krhutová, 2013a).

Podobně to vnímá Kellerová (1998, in Pichlerová, 2010), která poukazuje na to, že je představa o autonomním člověku často chybná, protože se autonomie zaměňuje s oddělením od ostatních a nezávislostí na druhých. Myšlenka žít život v naprosté nezávislosti je založena na představě o autonomii, která je plná snahy o kontrolu a nadvládu. Dosažení absolutní autonomie bez jakékoliv závislosti je nemožné. Také Mareš a Mareš (2014) tento pohled na vztah autonomie a závislosti podporují. Uvádí, že protikladem autonomie není závislost na jiné osobě, ale naopak podřízení se, vzdání sebe samého nebo také ustoupení druhým lidem a nechat se tak jimi řídit. V takovém případě je ovlivněno jedincovo myšlení, jednání i citění – ochotně například ustupuje nátlaku, nechává sebou manipulovat a tak dále.

Sýkorová (2011, in Krhutová, 2013a) upozorňuje na zajímavou skutečnost, tedy že problémem u osob s mentálním znevýhodněním není jejich závislost na pomoci druhých, ale chyba pečující či jiné osoby v interakci s postiženým, která již předem očekává, předjímá jeho nekompetentnost, nesoběstačnost či neschopnost se rozhodnout, a to i v situacích, kdy reálně kompetentní nebo soběstačný je. Takové jednání má negativní výsledek na obou stranách. V případě osoby s postižením dojde k oslabení jeho autonomie a naopak posílení jeho závislosti na druhých, u druhé (pečující) osoby dojde k posílení paternalismu a nadměrné ochrany, především v podobě přebytného pečování.

Otto & Schweppeová (1996, in Pichlerová, 2010) v souvislosti se sociální prací se seniory zdůrazňují potřebu podpory a stimulace jejich vlastních iniciativ při hledání a tvoření různých možností a nabídek. Pečující osoba by se měla vyhýbat organizování příležitostí za ně. Je důležité, aby se do popředí mohla dostat autonomie (či sebeurčení) těchto klientů, která by nahradila dřívější přístup pečujícího paternalismu. Autorka se domnívá, že lze jejich názor a přístup k seniorům rovněž přirovnat k sociální práci s osobami s mentálním znevýhodněním a aplikovat ho při interakci s nimi.

V souvislosti s tématem závislosti, sebeurčení a péče druhých o osoby s mentálním postižením je vhodné představit přístup podpory nezávislosti (independence support). Výsledkem tohoto přístupu je získání dovedností jako je určování vlastních cílů a činů, o kterých jedinec rozhoduje, dále za ně mít odpovědnost a nakonec být odolný vůči autoritářským a manipulativním vlivům. „*Přístup vychází z konceptu autonomie jako relativní samostatnosti jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnosti, vůle a možnosti vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.*“ Základy tohoto přístupu vznikly v 60. letech minulého století v USA. Říká, že nezávislost a samostatnost lidí s postižením jsou posuzovány podle možnosti samostatně rozhodovat o svém životě a převzít nejen kontrolu nad svým životem, ale také odpovědnost za sebe. Podle daného přístupu může být za vhodných podmínek i fyzicky nesoběstačná osoba s celodenní osobní asistencí autonomní, a to především z hlediska rozhodování o svých potřebách a jejich uspokojování. Hlavními principy přístupu je aktivizace a realizace podmínek, umožňující jim život, co nejbližší běžnému standardu, a dále omezovat potřeby institucionálních forem (ústavní) péče. Do sociálních služeb,



kteřé podporují nezávislost osob s postižením, patří především odlehčovací služby, služby rané péče, denní stacionáře, sociální rehabilitace a také chráněné bydlení. (Křhutová, in Matoušek, 2013: 119)

Z výše uvedeného vyplývá, že překážkou v dosažení autonomního života osoby s mentálním postižením není její případná závislost na pomoci druhé osoby. Naopak jí může být neprofesionalita pečující osoby, která by svým špatným přístupem bránila postiženému v jeho sebeurčení, nebo také nevhodná sociální služba, nepodporující nezávislost svých klientů.

### 3 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

V rámci třetí kapitoly jsou krátce popsány nabízené sociální služby v České republice, které jsou poskytovány osobám s mentálním postižením. Vzhledem ke specifické historii dnešních sociálních služeb pro osoby s mentálním znevýhodněním, je naznačen vývoj péče o danou cílovou skupinu. Dále se kapitola zabývá pojmy transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, které nejenže souvisí s vývojem péče o cílovou skupinu, ale především značně ovlivnily rozvoj služby chráněného bydlení. Tato sociální služba je tématem poslední podkapitoly a vzhledem k jejímu zařazení mezi pobytové služby, je věnován prostor rovněž ostatním sociálním službám pobytového charakteru, které jsou v současné době osobám s mentálním postižením poskytovány.

Některé osoby s mentálním postižením mají z důvodu svého postižení sníženou soběstačnost, což vede k určité míře závislosti na druhých. Často se stává, že se pečující osobou nemůže stát nikdo z rodiny či jejího blízkého okruhu, a to např. z ekonomických důvodů, špatných či neexistujících rodinných vztahů, a tak podobně. V takovém případě může člověk s postižením využívat celou řadu sociálních služeb, vždy v ohledu na jeho konkrétní potřebu, věk, typ postižení či celkovou životní situaci.

V současné době existuje pro osobu se zdravotním postižením velká škála sociálních služeb. Může vybírat mezi terénními, ambulantními ale také pobytovými službami. Příklady **terénních sociálních služeb** mohou být průvodcovské a předčitatelské služby, dále podpora samostatného bydlení, osobní asistence či pečovatelská služba, a v případě dětí s postižením a jejich rodičů také raná péče. **Ambulantní službou** pro osoby se zdravotním postižením může být denní stacionář nebo také sociálně terapeutické dílny. Hlavní představitelé **pobytových služeb** pro osoby se zdravotním postižením jsou především domovy pro osoby se zdravotním postižením a chráněná bydlení. (Sbírka zákonů, 2006)

### 3.1 Vývoj péče o osoby s mentálním postižením

Velké množství sociálních služeb, které dnes existuje pro osoby s mentálním postižením, nebylo vždy samozřejmostí. Vzhledem k vývoji společnosti a měnícím se postojům veřejnosti k dané cílové skupině (uvádí Kvapilík, 1990, blíže popsáno v kapitole 1.5 Společnost a osoby s mentálním postižením) se v průběhu staletí také měnil způsob péče o ně. Postupné změny byly ovlivněny náboženstvím, politikou či vyspělostí dané společnosti.

V době postojů „BEZ mentálně postižených“ neexistovala pochopitelně žádná péče o osoby s postižením. Maximální snaha „pomoci“ tenkrát spočívala, z důvodu vnímání duševních nemocí z pohledu magie, v léčbě prostřednictvím exorcismu (vyháněním ducha). Až v dlouhém období „život osob s mentálním znevýhodněním MIMO společnost“ přichází první zmínky o takzvané ústavní péči z Řecka, kde se zakládaly léčebné ústavy. Později, během středověku, se péče o cílovou skupinu posunula do klášterních hospitálů. Duševní nemoci již nebyly vnímány z pohledu magie, ale z pohledu náboženství, a to jako trest boží. Také v době renesance se pohledy na osoby s mentálním znevýhodněním neměnily – jejich místo bylo stále ještě mimo společnost. Kolem 17. století začaly vznikat polosoudní instituce – velké špitály a internační budovy, které plnily spíše funkci vězeňskou než lékařskou. Na začátku 18. století začala společnost umísťovat osoby s mentálním postižením do velkých ústavů společně s osobami duševně nemocnými, vojáky i kriminálníky. Přibližně o sto let později přichází změna v podobě specializací ústavních zařízení. Vznikaly nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny či starobince. (Pipeková, 2006)

V průběhu 19. století se poprvé mimo ošetrovatelské péče objevují také pokusy o výchovnou a vzdělávací činnost osob s mentálním postižením, a to díky organizované péči prostřednictvím „ústavů pro mentálně retardované“. Prvním takovým zařízením u nás bylo Ernestinum v Praze, které roku 1871 založil a následně také vedl MUDr. Karel Slavoj Amerling. Ústav se snažil o ochranu osob s mentálním postižením a jejich začlenění do společnosti, především v rámci pracovní činnosti. Měl celkem tři oddělení – v prvním docházelo k diagnostice klientů a posouzení zařazení do jednoho z dvou následných oddělení. Druhé oddělení se podobalo první třídě obecné školy, tj. zabývalo se jak výchovnou, tak i vzdělávací činností. Třetí oddělení bylo především pro děti

s těžkým postižením, kterým poskytovalo především možnost bydlení. Později se po změně ředitele Ernestina přidaly také třídy zaměřené na řemeslné dovednosti. (Pipeková, 2006)

V průběhu dalších let začala vznikat podobná zařízení ústavů sociální péče, a to v budovách mimo veřejnost. Klienty zde rozdělovali dle věku, pohlaví a stupně postižení. Péči zajišťovaly, mimo lékaře, hlavně řádové a zdravotní sestry. Tenkrát se o člověka s mentálním znevýhodněním málokdy starala rodina, proto byla zařízení často přeplněna, což vedlo v dalších letech ke stavbě velkokapacitních ústavů. Díky množství klientů docházelo k potlačení osobnosti jedince, poskytování kolektivní péče, zrušení povinné školní docházky a téměř automatickému zbavování způsobilosti k právním úkonům. Veškerý život klientů se uskutečňoval v ústavním prostředí, čímž byli postupně vyčleňováni z běžného života. (Pipeková, 2006)

Situace se začala měnit až během devadesátých let 20. století, kdy se sociální služby začaly rozšiřovat a významnou roli převzal v této oblasti, mimo občanský a církevní, především neziskový sektor. Poskytoval sociální služby v místech, kde to nezajišťovaly samosprávy nebo cílovým skupinám, o které se nestarali jiní poskytovatelé, kteří byli zřizováni obcemi či kraji. Mnoho profesionálů v sociální oblasti tak využilo možnosti založení nestátního subjektu, čímž vznikaly nové služby, například s charakterem chráněného prostředí (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011). V sociálních službách (například stacionáře a chráněné dílny) mohli uživatelé smysluplně trávit svůj čas, a to buď pouze v průběhu dne, nebo také celý týden. Mimo to se služby zaměřovaly i na rozvoj dovedností, včetně zvyšování samostatnosti jejich uživatelů. Od roku 1995 se rozvíjelo také podporované zaměstnávání. Nedlouho na to následovala chráněná bydlení, která vznikala především v souvislosti s transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb. (Matoušek, 2005)

### **3.2 Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb**

Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb úzce souvisí s vývojem péče o osoby s mentálním postižením, představuje totiž velmi významnou fázi ve změně poskytování sociálních služeb jmenované cílové skupině. Samotný **pojem transformace**

lze vnímat jako nadřazený pojem deinstitucionalizace a představuje proces různých změn v poskytování sociálních služeb, především její formu, místo, financování, ale také změny v řízení či vzdělávání. Výsledkem takového procesu by měla být vždy péče v běžných životních podmínkách (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

Změny v sociálních službách iniciovala nejen vláda či legislativní změny, ale také zkušenosti ze zahraničí, managementu či samotných zaměstnanců jednotlivých zařízení. Nejvýraznější proměnou je takzvaná **deinstitucionalizace**, která představuje přechod od tradičních sociálních služeb ústavního typu k poskytovatelům individualizovaných sociálních služeb v komunitě (tedy například podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence apod.). Změna však nespočívala pouze v odlišném místě poskytování služby, ale především ve změně přístupu ke klientům, kultury a identity organizace. (Furmaníková a kol., 2013) Na druhé straně institucionalizace označuje proces, kdy se člověk stává na pomáhající organizaci postupně závislejší a závislejší. Synonymem tohoto termínu je hospitalismus, který se stává syndromem u lidí, kteří jsou izolováni od vnějšího světa, čímž ztrácejí schopnost žít běžným způsobem života. (Vávrová, 2010)

Tento proces institucionálních změn se týká především sociálních služeb pro seniory či osoby s fyzickým, smyslovým či mentálním postižením. Součástí změn je otvírání instituce veřejnosti, vytváření prostoru pro širší nabídku pomoci při řešení obtížné životní situace klienta, zachování přirozených sociálních vazeb a začlenění uživatele služby do společnosti. Na naplnění potřeb klienta se nepodílí pouze profesionálové, ale prostřednictvím neformální pomoci také jeho rodina, komunita, svépomocné skupiny či dobrovolníci. V rámci deinstitucionalizace se uvádí uplatnění „principu 4D“. První D představuje *demedicinalizace*, neboli potlačení biologického redukcionismu při řešení problémů seniorů nebo osob s postižením. Dalším D je *deprofesionalizace*, tedy zahrnutí výše jmenované neformální pomoci a podpory. *Desektorizace* představuje možnost komplexního pohledu na situaci seniora a propojení poskytovatelů sociálních i zdravotních služeb. Posledním principem je právě odklon od ústavní péče, tedy samotná *deinstitucionalizace*. (Kubalčíková in Matoušek, 2013)

I přes to, že byl proces transformace sociálních služeb odstartován již po roce 1989, tak skutečný rozvoj a změny v oblasti služeb sociální péče přicházely především až od

roku 2007, tj. s účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mimo to byla systematická podpora transformace pobytových služeb v České republice ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky hlavní prioritou Národního rozvojového plánu pro období 2007 – 2013 a Národního strategického referenčního rámce 2007 – 2013. V únoru 2007 byl navíc přijat usnesením vlády České republiky č. 127 dokument<sup>2</sup>, který zahrnoval mimo jiné hlavní cíle a jednotlivá opatření v rámci procesu transformace sociálních služeb (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

Výše jmenovaný dokument navíc uvádí další důležitý nástroj z roku 2002, podporující zkvalitnění péče a její individualizaci. Jedná se o Standardy kvality sociálních služeb, které rovněž přispěly v procesu odklonu od takzvané komplexní dlouhodobé péče v institucích. Cílem byla transformace této péče do služeb poskytovaných formou individualizované podpory života v komunitě (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007). Matoušek (2006 in Matoušek a kol., 2007) však v rámci své *Zprávy o vlivu školení na dodržování standardů kvality sociálních služeb* poukazoval na značný nedostatek Standardů kvality sociálních služeb. Do přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byly Standardy kvality sociálních služeb pouze doporučenou pomůckou. Jejich využití tedy bylo pro jednotlivá zařízení do roku 2007 dobrovolné. Ačkoliv existovala celá řada organizací, která standardy uvítala a vzápětí začala využívat, tak je zároveň mnoho poskytovatelů zcela ignorovala. Právě státní ústavní zařízení byly na straně těch, kteří s využitím standardů a jejich naplněním měli největší obtíže.

Milan Cháb byl průkopníkem integrace lidí s postižením do společnosti a po dlouhá léta také ředitelem ústavního zařízení. Proces deinstitucionalizace velmi aktivně podporoval, a to především z důvodu potřeby uvolnění a rozdělení moci: „*Tzv. sociální péče znamená především obrovskou a skutečnou moc lidí pečovateli na jedné straně nad lidmi pečovanci na druhé straně ... jestliže život opečovaného probíhá v instituci pod jedinou mocenskou kontrolou, potom je tato moc totální (a koneckonců i totalitní) ...*“ (Cháb, 2004: 5)

---

<sup>2</sup> „*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti*“

Další důvody pro deinstitucionalizaci jmenuje *Manuál pro transformaci ústavů* (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013), například protože:

- umožňuje podporu rozvoje osobnosti a kompetencí uživatele služeb – V institucionalizovaném prostředí nemá klient možnost uplatňovat či rozvíjet vlastní dovednosti. V případě komunitních služeb však například odpovědnost za vlastní život získává zcela přirozeně;

- napomáhá účelnějšímu využití prostředků pro sociální služby – Ústavní zařízení často nevyužívají dostupné finanční zdroje efektivně. Na rozdíl od komunitních služeb se nezabývají dostupností zdrojů v komunitě a často tak vytváří dvojí služby (zdravotnická zařízení apod.), navíc velkou část poskytovaných prostředků nečerpají na pomoc klientům, nýbrž na nákladný chod zařízení (údržba parků, vlastních bazénů atd.);

- umožňuje zaměření na konkrétní potřeby a nezbytnou míru podpory – V ústavních podmínkách nelze zohledňovat konkrétní potřebu podpory jednotlivých klientů, péče je zde rozložena plošně mezi všechny uživatele rovným dílem. Často mají klienti navíc specifické potřeby na poskytovanou péči, které v takovém prostředí a množství nemohou pracovníci naplnit.

### **3.3 Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením**

Po dlouholeté historii vývoje péče o osoby s mentálním postižením existuje pro danou cílovou skupinu v současné chvíli několik pobytových služeb. Právě téma pobytových služeb může být však z pohledu klienta často velmi citlivé a náročné. Vzhledem k tomu, že je nejen potřeba střechy nad hlavou, ale především potřeba domova, součástí základních lidských potřeb, může ztráta domova pro člověka znamenat také ztráta části sebe samého či své identity (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2012). Právě v případě, kdy situace osoby s postižením vyžaduje mimo pomoci druhých také poskytnutí ubytování, má daný člověk či jeho rodina v současné době na výběr z několika pobytových služeb. Jedná se o dvě zařízení ústavního typu, kterými jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Mimo to existují také

jiné alternativy ústavní péče, a to týdenní stacionáře či chráněná bydlení. (Matoušek 2013)

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením**, dříve „ústavy sociální péče“, poskytují svým klientům zpravidla celoroční pobyt s ucelenou péčí. Do jejich cílové skupiny patří nejen dospělí, ale také děti s mentálním postižením, kteří z důvodu svého zdravotního stavu či schopností nemohou své životní potřeby zajišťovat ve vlastním prostředí. Zároveň jejich situaci nemůže řešit rodina ani k tomu nelze využít terénní sociální službu. Poskytované činnosti v dané sociální službě jmenuje Zákon o sociálních službách (Sbírka zákonů, 2006), a to:

- poskytnutí ubytování a stravy;
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů či obstarávání osobních záležitostí.

Klienti zde často žijí v jednolůžkových až třílůžkových pokojích. Svůj průběh dne si zpravidla nemohou plánovat sami a většinou probíhá na jednom místě a ve velkých skupinách, například formou společné snídaně, trávení volného času ve společenské místnosti či areálu domova apod. Především z důvodu velkého počtu klientů je v této sociální službě velmi náročné poskytovat péči individuálně a se zaměřením na potřeby konkrétního klienta. Nicméně v dnešní době již existují také menší domovy, kde je péče více stavěna na potřebách jednotlivých klientů. (Matoušek, 2013)

**Domovy se zvláštním režimem** jsou rovněž celoroční pobytovou službou. Režim je zde odlišný, tj. přizpůsobený specifikám onemocnění či postižení, na které se jednotlivé domovy specializují. Poskytované činnosti jsou zde obdobné předchozí sociální službě s rozdílem chybějících výchovných a vzdělávacích činností. (Matoušek, 2013)

**V týdenních stacionářích** žijí klienti během pracovního týdne, tj. od pondělí do pátku. Během víkendů či svátků bydlí u svých rodin. Zákonem stanovené činnosti dané služby jsou identické s činnostmi služby Domova pro osoby se zdravotním postižením. Mimo



tyto činnosti mívají týdenní stacionáře často velkou nabídku výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, kterých se klienti mohou zúčastnit – například různé typy terapií, rukodělných činností a tak dále. (Matoušek, 2013)

Vzhledem k zaměření a potřebám dané diplomové práce je poslední pobytová služba, **chráněné bydlení**, charakterizována níže v samostatné podkapitole.

### **3.3.1 Sociální služba chráněné bydlení**

Sociální služba chráněné bydlení je jednou z nejnovějších pobytových služeb v České republice, která se začala rozvíjet až začátkem 90. let 20. století. V rozvinutých zemích byl vznik chráněných bydlení o něco dříve, a to již od 60. let 20. století, kdy byl podporován trendem deinstitucionalizace. Později, v 80. letech, se začal klást větší důraz na setrvání klientů ve svém přirozeném sociálním prostředí, čímž nabývala chráněná bydlení na významu. Umožňují totiž osobám s mentálním či jiným postižením zajištění potřeb v běžném prostředí, kde nemusí využívat pouze sociální služby, ale zároveň také velké množství jiných volně dostupných služeb. Kombinace bydlení a sociální pomoci napomáhá k přirozeným sociálním vazbám klientů. Klíčovými hodnotami chráněných bydlení je respektování dospělé role klienta, jejich vedení a motivování k co největší samostatnosti a rozhodování o vlastním životě. (Kubalčíková in Matoušek, 2013)

Chráněné bydlení představuje určitou alternativu k ústavnímu zařízení, a to pro osoby s různými typy postižení, které chtějí žít mimo rodinné i ústavní prostředí takovým stylem, který se co nejvíce blíží běžnému způsobu života (Pipeková, 2006). Jedná se o sociální službu, která je klientům poskytována v chráněných bytech, které jsou zpravidla ve vlastnictví organizace (Kubalčíková in Matoušek, 2013). V současné chvíli je v České republice dle Registru poskytovatelů sociálních služeb evidováno celkem 228 chráněných bydlení<sup>3</sup>. Jednotlivá chráněná bydlení se od sebe mohou různě lišit, především samozřejmě cílovou skupinou. Původně vznikala chráněná bydlení hlavně pro osoby s tělesným či mentálním postižením nebo také pro lidi s poruchou autistického spektra (Pipeková, 2006). Postupem času se však okruh klientů začal rozšiřovat o další

---

<sup>3</sup> Dostupné na „<https://www.iregistr.mpsv.cz>“, stav zjištěn ke dni 20. 12. 2021.

cílové skupiny, jako jsou například lidé s duševním onemocněním či osoby bez přístřeší. (Kubalčíková in Matoušek, 2013).

Další rozdíl jednotlivých chráněných bydlení představuje prostor, ve kterém je sociální služba poskytována, neboli umístění chráněných bytů, což popisuje Pipeková (2006). V první řadě to mohou být chráněná bydlení, která vznikla v rámci sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením. Tyto typy chráněných bydlení mohou být vybudovány v areálu ústavního zařízení, není to však pravidlem. Jedná se o stavby na způsob rodinného domu se společnou kuchyní, sociálním zařízením a různorodým počtem jedno- až dvoulůžkových pokojů, do kterých odchází klienti z ústavní péče. Celkový režim bývá podobný tomu v ústavním zařízení, například strukturovaný denní harmonogram. Výhodou je větší soukromí a díky menším pracovním skupinám také možnost individuálnějšího přístupu k jednotlivým klientům. Nevýhodou však bývají stále sjednocené, hromadné programy v podobě společných nákupů, rukodělných činností a především zpravidla vyšší počet klientů v jednom domě.

O něco vhodnějším typem jsou chráněná bydlení v bytových domech, kde žije menší počet klientů, tj. 2 až 4, odděleně ve vlastních domácnostech. Největší výhodou je především větší možnost přizpůsobení prostředí a poskytování sociální služby odlišným potřebám jednotlivých členů domácnosti (klientů). I v tomto případě však bydlení tolika klientů na jednom místě může vést k zajištění některých potřeb či služeb hromadně (Pipeková, 2006). Což příliš nesplňuje poslání chráněného bydlení, ale naopak připomíná spíše původní ústavní péči. Právě Johnová a Strnad (2013) upozorňují na tento problém, který není často na první pohled vidět. Pouze zmenšený prostor (a menší počet klientů) totiž nezajišťuje ihned naplnění práva klienta na nezávislý život. I v nízkokapacitním zařízení mohou přetrvávat institucionální prvky v poskytování služby. Může se jednat o téměř cokoliv, co klientovi znemožňuje možnost volby nebo případně také pracovníkům usnadní práci. Konkrétními příklady mohou být:

- společné obědy u velkého jídelního stolu v určenou hodinu – každý klient ztrácí možnost najíst se ve chvíli, kdy pocítuje hlad;
- hromadné nákupy s několika klienty zároveň – klient si nemůže nakoupit v jeho zvoleném (oblíbeném) obchodě;

- sdílené vaření pro celou domácnost – klient si nemůže plánovat vaření podle toho, na co má chuť, co má rád; a tak dále.

Vhodnějším řešením je proto takový typ chráněného bydlení, jehož chráněné byty jsou situovány v klasických bytových zástavbách. To znamená, že se v budově vedle bytů majoritní populace nachází pouze minimum chráněných bytů. Takové chráněné bydlení, oproti ostatním jmenovaným typům, nejen nejvíce zabraňuje institucionálním prvkům, ale umožňuje navíc nejvyšší formu integrace klientů do běžného prostředí. (Pipeková, 2006)

Důležitým tématem je ideální počet klientů v takové domácnosti. Velké skupiny omezují integraci, možnost poskytování individuální služby a plnohodnotné zapojení všech klientů do potřebných aktivit. Zároveň je důležité si uvědomit, že se ve většině případů jedná o cizí dospělé osoby s vlastními návyky, potřebami a především osobnostními rysy. Z toho důvodu zpravidla platí, že čím více klientů žije v jedné domácnosti, tím náročnější je zajištění harmonického soužití všech členů domácnosti, udržení přátelských vztahů a vytvoření atmosféry běžné domácnosti v daném chráněném bytě. Názory o hranici maximálního počtu klientů v jedné domácnosti se velmi liší. Někteří vnímají 5 klientů jako ideální skupinu, jiní doporučují naprosto samostatné bydlení. Ideální se zdá být tvrzení Pipekové (2006), že zásadním kritériem pro určení počtu obyvatel by měly být preference jednotlivých klientů. Jak bylo výše popsáno, tak mají osoby s mentálním postižením stejné potřeby jako majoritní populace. Proto je zcela běžné, že někteří klienti potřebují spolubydlícího. Důvodem mohou být zažitá zkušenosti z minulosti, obavy ze samoty nebo pouze jejich přátelská a společenská povaha. Naopak ale existují také klienti, u kterých je samostatné bydlení vhodnější volbou, například pro různé sdružené psychické potíže či poruchy chování, které by neumožňovaly soužití s dalším klientem.

Stejně jako v případě ostatních výše uvedených pobytových služeb určuje poskytované základní činnosti Zákon o sociálních službách (Sbírka zákonů, 2006). V tomto případě se jedná o (a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, (b) poskytnutí ubytování, dále (c) pomoc při zajištění chodu domácnosti a (d) při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zároveň (e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, (f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

(g) sociálně terapeutické činnosti a také (h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. V praxi se jedná například o činnosti jako je hospodaření s penězi, nakupování potravin či oblečení, podpora klienta při péči o domácnost (včetně praní prádla, vaření, udržení pořádku, a tak dále), doprovázení klienta k lékaři, pomoc při využívání veřejně dostupných služeb nebo hledání uplatnění na trhu práce. (Matoušek, 2005)

Náplně poskytované služby jsou velmi různorodé a závisí vždy na potřebách a schopnostech konkrétního klienta. Každý chráněný byt má proto zpravidla individuálně nastavený rozsah asistence. Někde tak může být potřeba nepřetržité (24hodinové) asistence a na jiné byty chodí asistent jen několikrát do týdne a pomáhá pouze s určitými činnostmi (Matoušek, 2005). Asistent využívá při práci s klientem především metody jako je poskytnutí informací, slovní podpora klienta (při zvládnání činností s využitím vlastních zdrojů), dále nácviky různých dovedností a v některých případech také přímá dopomoc. (Kubalčíková in Matoušek, 2013)

Nutno se pozastavit ještě nad tématem interiéru a vybavení jednotlivých chráněných bytů. Nikdy by se nemělo opomíjet, že se chráněné byty stávají domovem každého uživatele. I přes to, že se jedná (ve většině případů) o byty organizace, tak jsou to domácnosti daných obyvatelů. Ministerstvo práce a sociálních věcí upozorňuje proto ve své publikaci *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením* (2012) na několik důležitých bodů týkajících se tvorby interiéru, který by se pokud možno neměl lišit od běžných domácností. Snahou organizace by nemělo být vytvoření dalšího zařízení sociální služby, ale bydlení pro osoby s mentálním či jiným postižením. V případě lidí s těžkým postižením jsou v bytě samozřejmě potřeba různé specifické pomůcky či úpravy (umístění madel, širší dveře, speciální postele apod.). Nicméně by měly být co nejvíce zakomponovány do domácnosti, aby příliš nenarušovaly pocit domova. Důležité je vybavení bytu, vymalování místností, možnost nazdobení zdí různými obrazy, a tak dále. Nezáleží však na konečném výsledku, spíše je podstatné umožnit klientům se na procesu podílet, např. výběrem barvy zdi v jeho pokoji, vybavení vlastním nábytkem či ozdobení jeho osobního prostoru podle vlastního vkusu. „*Aby se prostor mohl stát domovem, musí vykazovat určité kvality vnější i vnitřní. ... Musíme mít možnost se v něm zabydlet, vtisknout mu svoji osobitost, zaplnit ho svými předměty, svým nábytkem, svým*

*nepořádkem. ... Domov je prostor, kde děláme věci podle svého, kde rozhodujeme my.* “  
(Malkovská, 2007 in Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2012: 10)

V neposlední řadě je důležité zmínit téma chráněné bydlení a veřejnost. U části populace přebývá názor, že by osoby s mentálním postižením neměly být vystaveny přílišné svobodě a to z důvodu ochrany. Především pak chráněné bydlení jim může připadat jako příliš nebezpečné vzhledem k tomu, že klient není pod neustálým dohledem odborného pracovníka. Osoba s mentálním postižením často není schopná rozpoznat nebezpečí a patřičně na něj reagovat. Je však důležité si uvědomit, že takový člověk nemá zpravidla dostatek informací, jak se v různých situacích zachovat, což pro něj představuje koneckonců ještě větší riziko (Solovská a kol., 2013). Zapomíná se však na to, že každý člověk má právo na (přiměřené) riziko. Samozřejmě, že se klient chráněného bydlení může v době absence asistenta zranit. Může v koupelně uklouznout po mokré podlaze, pořezat se ostrým nožem, ublížit si elektrickým proudem či před budovou být dokonce sražený vozidlem (Sobek a kol., 2009). Nicméně to samé riziko platí pro každého jiného (mentálně zdravého) občana. Navíc je také potřeba myslet na to, jaké klady mohou rizikové situace přinášet – možnost změny, osobnostní růst v podobě získání dovedností jako schopnost prosadit se, osamostatnění se, atp. Je důležité, aby si veřejnost uvědomila, že jsou rizikové situace nedílnou součástí života. Není proto možné veškerá rizika ze života osob s mentálním postižením odstranit a vyloučit. Mnohem důležitější je snižovat pravděpodobnost, že riziková situace klientovi ublíží, pracovat s nimi a přizpůsobovat míru podpory klienta vždy individuálně. (Sobek a kol., 2007)

## Shrnutí teoretických východisek

V rámci předchozích stránek jsou zachycena a popsána základní teoretická východiska, představující klíčová témata pro navazující výzkumné šetření. Nejprve se práce zaměřuje na popis mentálního postižení, tj. znevýhodnění cílové skupiny, na kterou je výzkum orientovaný. Mimo běžné teoretické zakotvení je v dané kapitole zahrnuta také klasifikace mentálního postižení, jež je dle hodnoty IQ rozdělena do čtyř základních a dvou doplňujících kategorií. Dále je řešena otázka příčin mentálního postižení, například faktory dědičné či biologické a tak dále. Součástí je rovněž představení mladého vědního oboru, tj. disability studies, který u zdravotního postižení neřeší běžná teoretická hlediska, ale spíše ho zkoumá z praktické stránky.

Zároveň je popsáno postavení osob s mentálním znevýhodněním v dnešní společnosti, včetně základních statistických údajů. Řešena jsou také témata jako předsudky společnosti vůči jmenované cílové skupině, nedostatek informací o ní a její omezování v různých oblastech života, např. diskriminace v oblasti zaměstnávání. Část práce je věnována také právům osob s mentálním postižením, kde je krátce popsán vývoj získání mezinárodního uznání jejich lidských práv a svobod. V souvislosti s tím je také uveden základní popis situace, kdy je osoba s postižením omezena či zbavena způsobilosti k právním úkonům, včetně zmínky o ustanovení opatrovníka a jeho úkolech.

Práce dále navazuje na klíčové téma autonomie, kde naráží na její multidimenzionalitu a složitost. V první řadě nechybí obecné vymezení termínu či dělení autonomie. Popsány jsou také důležité pojmy, související s autonomií, jako například lidské potřeby, svoboda či soukromí. V souvislosti s autonomií u osob s mentálním postižením je řešen především vztah autonomie a závislosti konkrétní osoby, včetně otázky soběstačnosti a problematiky vlivu okolí, které může špatným přístupem k osobě s postižením její autonomii značně snížit. Práce seznamuje čtenáře rovněž s přístupem podpory nezávislosti (independence support).

Poslední uvedené téma se věnuje sociálním službám pro osoby s mentálním postižením, podrobněji jsou řešeny pobytové služby, tj. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře a následně chráněné bydlení. Nejprve jsou však popsány hlavní mezníky ve vývoji péče o osoby s mentálním

znevýhodněním, kterými jsou mimo jiné především vznik prvního ústavu na území České republiky na konci 19. století, či pozdější rozvoj sociálních služeb, ke kterému došlo na konci 20. století, a to zapojením neziskového sektoru.

Dále se práce zabývá důležitými pojmy transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb, které především vedly k rozšíření chráněných bydlení. Součástí toho je popis začátku tohoto procesu, včetně uvedení důvodů jeho významu. Mimo to je nejdříve popsána, vzhledem k zaměření diplomové práce, právě sociální služba chráněné bydlení. V rámci toho jsou uvedeny různé typy/podoby chráněných bydlení, včetně jejich případných výhod či nevýhod. Dále je řešeno téma „ideálního“ počtu klientů pro danou službu, zákonem stanovené činnosti, které služba poskytuje, otázka vhodného interiéru či názor veřejnosti, včetně velmi důležitého tématu práva na (přiměřené) riziko každého člověka.

## 4 Výzkumné šetření

Na uvedení a následné shrnutí teoretických východisek navazuje tato práce výzkumným šetřením, kterým chce odpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Hledání odpovědi proběhne prostřednictvím tří dílčích výzkumných otázek.

### 4.1 Cíle výzkumného šetření

**Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení, a jak pracovníci chráněného bydlení vnímají vliv uvedené sociální služby na autonomii klientů.** Tento cíl se opírá o teoretická východiska, která popisují téma autonomie obecně, ale také její specifika u osob s mentálním postižením. Dosažení autonomie u klientů pobytových sociálních služeb může být ovlivněno různými faktory. Výzkumné šetření zkoumá pohled pracovníků chráněného bydlení na uvedenou problematiku. Právě jejich názor je velmi důležitý. Vzhledem k postavení a náplni práce pracovníků chráněného bydlení, mají totiž často možnost některé z faktorů, které ovlivňují autonomii klienta, zcela změnit, zmírnit či naopak zvýraznit.

Z důvodu komplexity hlavního výzkumného cíle zjišťuje výzkumné šetření odpovědi skrze **tři dílčí výzkumné cíle**. V první řadě se jedná o to, **zjistit, jak vnímají pracovníci chráněného bydlení význam autonomie u klientů s mentálním postižením**. Vzhledem k výše uvedené podstatě těchto pracovníků na dosažení autonomie klientů, je jejich názor na samotnou autonomii u klientů chráněného bydlení velmi důležitý. V případě, kdy pracovník chráněného bydlení danému tématu nepřikládá patřičnou váhu, tématu nerozumí či ho zcela ignoruje, je uplatňování autonomie značně ztíženo. V rámci prvního dílčího výzkumného cíle se zjišťuje pojem pracovníka chráněného bydlení o tématu autonomie, jejich složek či specifika u osob s mentálním znevýhodněním.

**Druhý dílčí výzkumný cíl se zabývá otázkou: Co dle pracovníků chráněného bydlení ovlivňuje uplatňování autonomie u klientů v chráněném bydlení?** V této části se práce zaměřuje na pohled pracovníků chráněného bydlení na faktory ovlivňující autonomii klientů dané pobytové sociální služby. Důraz je především kladen na základní



faktory, jako například vliv osobnosti či věk klienta, dále vliv prostředí, ze kterého klient přichází do chráněného bydlení. Zároveň se práce zajímá o vliv složení chráněného bytu (tj. počet spolubydlících), výkonu práce asistentů a případně dalších faktorů.

**V rámci třetího dílčího výzkumného cíle je řešena otázka, jaký je pohled pracovníků chráněného bydlení na rozdíly mezi službou chráněné bydlení a jinými službami pro osoby s mentálním postižením v kontextu autonomie?** Poslední část je věnována názoru pracovníků na přínosy, nedostatky či výhody sociální služby chráněné bydlení v porovnání s jinými sociálními službami poskytovanými osobám s mentálním znevýhodněním. V souvislosti s limity chráněného bydlení hledá výzkum příklady, kdy je v rámci autonomie vhodnější hledat jinou alternativu pobytové sociální služby.

Pro větší přehled slouží níže uvedena transformační tabulka (Tabulka č. 1), která jmenuje hlavní výzkumní cíl (HVC) a dále tři dílčí výzkumné cíle. Ke všem dílčím výzkumným cílům jsou vždy udávány oblasti, prostřednictvím kterých jsou odpovědi na ně zkoumány (indikátory). Mimo to je zde k nalezení všech 13 tazatelských otázek (TO) výzkumného šetření.

**Tabulka č. 1** – Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl (HVC)	Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
HVC: Zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení, a jak pracovníci chráněného bydlení vnímají vliv uvedené sociální služby na autonomii klientů.	DVC1: Zjistit, jak vnímají pracovníci chráněného bydlení význam autonomie u klientů s mentálním postižením.	Autonomie osob s MP z pohledu pracovníků CHB	TO 1: Co si představujete pod pojmem autonomie osob s mentálním postižením?
		Nejdůležitější složka autonomie pro osobu s MP	TO 2: Co je podle Vás nejdůležitější složkou autonomie u osoby s mentálním postižením?
		Vztah autonomie u osoby s MP a její závislosti na druhé osobě	TO 3: Může být podle Vás osoba s mentálním postižením autonomní? Pokud ano, jak ho v tom může omezovat stupeň jeho závislosti na druhé osobě?
		Vliv postižení na autonomii	TO 4: Myslíte si, že je získání autonomie u osoby s mentálním postižením náročnější než u osoby mentálně zdravé? Pokud ano, v čem přesně?
	DVC2: Zjistit, co dle	Vliv osobnosti na autonomii	TO 5: Které vlastnosti mohou pozitivně ovlivnit proces

pracovníků chráněného bydlení ovlivňuje uplatňování autonomie u klientů v chráněném bydlení.		osamostatnění se u nového klienta chráněného bydlení?
	Vliv věku na autonomii	TO 6: Jakým způsobem podle Vás ovlivňuje autonomii klienta jeho věk při nástupu do chráněného bydlení?
	Vliv původního prostředí na autonomii	TO 7: Jakým způsobem může podle Vás ovlivnit autonomii klienta prostředí, ze kterého přichází do chráněného bydlení? (hlavní porovnání: domácí prostředí X ústavní zařízení X nepříznivá situace bydlení (bezdomovectví, ubytovna)
	Vliv spolubydlení na autonomii	TO 8: Jak podle Vás ovlivňuje autonomii klienta chráněného bydlení případné spolubydlení s další osobou?
	Vliv dalších okolností na autonomii	TO 9: Napadají Vás další okolnosti, které by mohly mít vliv na autonomii klienta chráněného bydlení? Jaké?
	Vliv asistentů na proces osamostatňování	TO 10: Jakým způsobem dle Vás mohou asistenti CHB ovlivnit proces osamostatňování se a samostatný život klientů?
	DVC3: Zjistit, jaký je pohled pracovníků chráněného bydlení na rozdíly mezi službou chráněné bydlení a jinými službami pro osoby s mentálním postižením v kontextu autonomie.	Výhody CHB v kontextu autonomie
Nevýhody CHB v kontextu autonomie		TO 12: Co by naopak bylo potřeba ve službě chráněné bydlení změnit, aby se autonomie klientů zvýšila? (jeho nevýhody)
Okolnosti vylučující službu CHB		TO 13: Jaké Vás napadají příklady, kdy by podle Vás mohla jiná sociální služba představovat vhodnější volbu pro osobu s mentálním postižením v kontextu jeho autonomie?

**Zdroj:** vlastní tvorba

## 4.2 Metodologie výzkumu, jeho realizace a způsob zpracování získaných informací

Pro výzkumné šetření byl zvolen **kvalitativní výzkum**, který pro splnění cílů šetření představoval vhodnější volbu než kvantitativní přístup. Hlavním důvodem je cíl práce, kterým je zjištění pohledu pracovníků chráněného bydlení na dosažení autonomie

u klientů. Právě to se shoduje s jednou z charakteristik kvalitativního výzkumu dle významného metodologa Creswella (1998: 12, in Hendl, 2005: 50), tj. „...*informuje o názorech účastníků výzkumu*“. Zároveň se nejedná o téma, které by bylo možné charakterizovat a vyjádřit pomocí statistických metod či jiných způsobů kvantifikace. Posledním důvodem je fakt, že již od začátku bylo plánováno, že výzkumné šetření proběhne u malého zkoumaného souboru, od kterého bude potřeba získat detailní informace. (Strauss, Corbinová, 1999)

Disman (2002) potvrzuje výše naznačené, tedy že kvalitativní výzkumná strategie představuje jakékoliv nenumerické šetření, jehož cílem je porozumění. K tomu je však nutné, aby se výzkumník danou problematikou zabýval do hloubky a zkoumal ho z různých úhlů pohledů. Právě to jsou jasné výhody kvalitativního výzkumu, tedy především získání velkého množství detailních informací o konkrétní problematice. Postup při kvalitativním výzkumu je v podstatě zcela opačný než u výzkumu kvantitativního. Využívá se totiž logika induktivní, tedy že výzkum začíná sběrem dat, v nichž jsou hledány pravidelnosti, na základě kterých jsou teprve formulovány závěry. Výsledkem takového výzkumu pak může být vytvoření nových hypotéz, či formulování nové teorie. Navíc dodává důležitý fakt, tedy že na rozdíl od kvantitativního výzkumu nedochází k redukci dat na straně výzkumníka, ale naopak na straně zkoumané osoby. Úkolem výzkumníka je v tomto případě vedení informanta ke sdělení co nejvíce informací.

Oproti výhodám, které kvalitativní výzkum nabízí, stojí však také značné množství nevýhod. V první řadě se jedná o získání informací od velmi malého počtu lidí, což často ztěžuje, ba dokonce někdy až znemožňuje, proces generalizace na populaci. Vždy je proto potřeba, aby si byl výzkumník vědom faktu, že získané informace platí pouze pro konkrétní zkoumaný soubor, a že závěry výzkumu nemůže zobecňovat (Disman, 2002). Téma výhod a nevýhod řeší také Hendl (2005), který uvádí mimo již jmenované nevýhody navíc také časovou náročnost kvalitativního výzkumu a snadné ovlivňování výsledků názory výzkumníka. I zde je však zdůrazněno, že nevýhody kvalitativního výzkumu vyvažují jeho výhody, především získání hloubkového popisu problematiky.

Pro získání informací byla zvolena výzkumná technika **polostrukturovaný rozhovor**. Jedná se o velmi rozšířený způsob sběru dat. Před tím je však vždy nezbytné, aby si

výzkumník stanovil základní okruhy otázek, které jsou považovány za jádro rozhovoru. Jedná se o témata, která tazatel musí projednat s každým informantem. Pořadí těchto otázek pak lze v průběhu rozhovoru přizpůsobit dané situaci. Výhodou je, že je výzkumníkovi umožněno mimo pokládání stanovených otázek vyžádat si od informanta vysvětlení či upřesnění jeho odpovědi. Zároveň je možné si ověřit doplňujícími otázkami, zda byla odpověď správně interpretována. Mimo určené základní otázky se tedy může stát, že z rozhovoru vyplynou další témata či otázky, které původní schéma doplní. Při práci se získanými informacemi a jejich analýze pak výzkumník rozhodne, zda obsah odpovědí použije, či nikoliv. Zpravidla se však doplňujícími otázkami získává právě velmi cenné informace, které původní téma více prohloubí či upřesní. Tato technika eliminuje nevýhody příbuzných technik, tj. techniky nestrukturovaného a plně strukturovaného rozhovoru, jejichž prvky kombinuje pro zkvalitnění procesu získání informací a následného výsledku. Velkou výhodou je výše uvedená možnost uvedení doplňujících otázek, čímž výzkumníkovo šetření může získat vyšší přesnost (Miovský, 2006). Důvodem výběru dané techniky jsou právě jmenované výhody, které umožňují výzkumníkovi individuálně reagovat na výpovědi informanta.

Samotné výzkumné šetření bylo provedeno v období leden až únor 2022, a to po zpracování teoretických východisek, souvisejících s výzkumem a sloužících jako podklad. Individuální rozhovory probíhaly různými způsoby. Některé rozhovory byly možné uskutečnit osobně v kancelářích daného pracovníka, jiné rozhovory bylo nutné domluvit dálkově. Důvodem bylo zhoršení epidemiologické situace onemocnění Covid-19 a obavy některých pracovníků ze šíření nákazy v rámci chráněného bydlení. Distanční rozhovory proběhly prostřednictvím videokonferencí za použití různých online platforem a aplikací, například Skype či Google Meet. Pouhé minimum rozhovorů proběhlo na přání některých účastníků pouze přes telefonní hovor, který upřednostnili před použitím složitější výpočetní techniky. Každý rozhovor byl nahráván přes záznamníkovou aplikaci v mobilním telefonu autorky a následně proběhla doslovná transkripce rozhovorů. Přepisy sloužily k usnadnění práce s podklady během interpretace získaných informací. Na ukázkou a vytvoření představy o průběhu rozhovorů s informantkami slouží přiložený přepis (Příloha č. 1). Všechny ostatní doslovné přepisy, včetně nahrávek jednotlivých rozhovorů se nachází v osobním archivu, ve kterém je autorka bezpečně uchovává pouze pro účel uložení podkladů k výzkumnému šetření.

### 4.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Individuální rozhovory byly uskutečněny s pracovníky chráněného bydlení. Pro účely výzkumného šetření je pod termínem „*pracovníci chráněného bydlení*“ považována pozice sociálního pracovníka chráněného bydlení, dále vedoucího pracovníka chráněného bydlení a metodika kvality poskytované sociální služby. Výzkumu se zúčastnily pouze ženy, což nebylo záměrem autorky, nýbrž to vyplynulo z odezvy oslovených pracovníků chráněných bydlení v Libereckém kraji. Osloveno bylo celkem 16 pracovníků chráněného bydlení, ze kterých s rozhovorem souhlasilo právě devět. Zastoupení jednotlivých pozic zahrnutých do zkoumaného souboru v rámci účastníků výzkumu bylo v různém poměru, stejně jako věková kategorie a délka jejich praxe v sociální službě chráněné bydlení pro osoby s mentálním znevýhodněním. Pro orientaci v konkrétních údajích o informantkách byla vytvořena níže uvedena tabulka (Tabulka č. 2). K identifikaci účastníků slouží vzhledem k zachování anonymity pouze označení I1 až I9.

Tabulka č. 2 – Charakteristika zkoumaného souboru

Označení informantky	Věk	Délka praxe <sup>4</sup>	Pozice
I1	38 let	10 let	Vedoucí pracovník
I2	47 let	12 let	Metodik
I3	48 let	3 roky	Sociální pracovník
I4	36 let	3 roky	Sociální pracovník
I5	45 let	12 let	Vedoucí pracovník
I6	38 let	15 let	Sociální pracovník
Označení informantky	Věk	Délka praxe	Pozice

<sup>4</sup> Myšleno jako délka praxe v sociální službě chráněné bydlení pro osoby s mentálním znevýhodněním.

I7	44 let	11 let	Vedoucí pracovník
I8	41 let	7 let	Sociální pracovník
I9	31 let	4 roky	Sociální pracovník

**Zdroj:** vlastní tvorba

#### 4.4 Etické otázky a rizika výzkumu

V rámci každého výzkumu je pro výzkumníka důležité, aby se zamyslel nad etickými aspekty svého výzkumného šetření. Hendl (2005) uvádí mimo všeobecné APA standardy, upravující různá etická pravidla, také několik základních témat, která by neměla být opomíjena. Jedná se především o otázku soukromí, včetně anonymity či informovaného souhlasu.

Během individuálních rozhovorů bylo základních pravidlem, aby se uskutečňovaly na klidném místě, na kterém bude autorka s informantkou o samotě. Rozhodnutí, kdy interview proběhne, bylo vždy přenecháno informantce. Před samotným setkáním poskytla autorka základní informace o tématu a záměru výzkumu, s čímž byli účastníci vždy v dostatečném předstihu informováni osobně, telefonicky či emailem. Součástí seznámení s výzkumem bylo také ujištění informantek o anonymitě a bezpečném zacházení s případnými citlivými údaji či nahrávkami rozhovorů. Všechny informantky se rozhovoru zúčastnily zcela dobrovolně. Zároveň byly zajištěny souhlasy s nahráváním společného rozhovoru, a to jak ústně na začátku každé nahrávky, tak i písemně prostřednictvím podepsání informovaného souhlasu, viz Příloha č. 2. V průběhu některých rozhovorů se některým informantkám stalo, že nevědomě uvedly příliš konkrétní informace o dané organizaci, které by mohly ohrozit anonymitu daného jedince – například název konkrétní části města, kde chráněné bydlení sídlí nebo také název konkrétní organizace, ve které pracovník působí. V takových případech byly informantky po ukončení rozhovoru na tuto skutečnost upozorněny a autorka jim přislíbila vynechání těchto informací z doslovného přepisu (nahrazení konkrétního názvu například za „název města XY“ apod.). Zároveň byly jednotlivé doslovné přepisy před dalším zpracováním vždy nejprve zaslány daným účastníkům ke kontrole.

Samozřejmě určité riziko představuje také samotný fakt, že se u výzkumného šetření jedná o kvalitativní výzkum. Jak bylo uvedeno výše, tak hlavní nevýhodou dané výzkumné strategie je znemožnění zobecnění závěru výzkumu. Autorka si však je jmenovaného rizika od začátku výzkumu vědoma a se závěry naloží s vědomím, že se jedná pouze o pohledy daného výzkumného souboru, nikoliv o „všeobecnou pravdu“. Nicméně lze závěry i přesto uplatnit i mimo charakteristický soubor, například jako doporučení pro praxi a zlepšení kvality poskytované péče ve službě chráněného bydlení či jiných pobytových službách.

Mimo jmenované aspekty hrálo v průběhu sbírání informací velkou roli ještě další riziko, kterým byla epidemiologická situace onemocnění „COVID-19“. V rámci omezení tohoto aspektu byla informantkám během domluvy termínu rozhovoru vždy nabídnuta možnost setkání online. V případě osobních schůzek byly dodržovány hygienické zásady, včetně ochrany nosu a úst „respirátorem FFP2“ či „nano rouškou“. Ve spojení s touto problematikou hrozilo určité ovlivnění výzkumu, například z důvodu ztráty výhod osobního setkání či zakrytí výrazu v obličeji. Autorka však v tomto ohledu vnímá jednotlivé typy realizace rozhovoru jako téměř shodné.

## 5 Interpretace získaných informací

Tato kapitola se zabývá interpretací informací získaných polostrukturovanými rozhovory. Během interpretace informací pracovala autorka s doslovnými přepisy všech uskutečněných rozhovorů, ve kterých hledala společná témata a podobné myšlenky informantek. Dále využila autorka základního kódování k označení a zvýraznění těchto témat. Jednotlivé spojitosti či shodné pohledy informantek jsou interpretovány níže, a to postupně, dle stanovených dílčích výzkumných cílů (tj. DVC1 až DVC3). Na konci interpretací jednotlivých dílčích cílů je vždy uvedeno shrnutí nejdůležitějších poznatků. Interpretace jsou navíc doplněny přímými citacemi výroků informantek, které jsou z důvodu lepší orientace označovány zkratkami I1 až I9 dle Tabulky č. 2 uvedené v předchozí kapitole.

### 5.1 DVC1 – Zjistit, jak vnímají pracovníci chráněného bydlení význam autonomie u klientů s mentálním postižením

První dílčí výzkumný cíl zjišťuje pohled pracovníků chráněného bydlení na autonomii a její význam u klientů s mentálním znevýhodněním dané sociální služby. Je tedy například zkoumáno, co si pod pojmem autonomie jednotliví pracovníci představují, co si myslí, že by mohlo mít pro osobu s mentálním postižením v rámci autonomie největší význam. Zároveň se zabývá pohledem daných pracovníků na rozdíly mezi procesem získávání autonomie u osob bez mentálního postižení a u osob s mentálním postižením, případně jaký na to může mít vliv stupeň závislosti jednotlivých klientů.

Informantky nejprve popisovaly vlastními slovy, jak rozumí samotnému pojmu autonomie, tedy co si pod ním představují, co pro ně termín autonomie znamená, neboli popsaly **význam autonomie**. Jako první bod, který vyniká ve výpovědích informantek je **multidimenzionalita autonomie**. Některé informantky tento fakt přímo jmenují a zdůrazňují, jako například pracovnice I9: „*Je to asi hodně široký pojem, těžko se to definuje.*“ Dále vnímá v rámci autonomie celou řadu dílčích oblastí, které společně utvoří celek. Autonomie působí dle dotazované na mnoho oblastí člověka, včetně té mentální, fyzické či sociální. Také pracovnice I2 upozorňuje na obsáhlost a složitost autonomie.



V souvislosti s tím říká, že se život skládá z mnoha věcí a pouze pokud všechno do sebe správně zapadá, tak je z toho autonomie. Navíc by žádný pracovník chráněného bydlení neměl na význam autonomie při práci s klienty zapomínat. Jiné informantky o tomto charakteristickém znaku autonomie přímo nemluví, nicméně to všechny informantky nepřímo potvrzují při popisu autonomie pomocí dílčích částí. Některé části se sice u různých informantek opakují, jmenováno však bylo celkem devět různých **složek autonomie**. Opakujícími pojmy ve výpovědích informantek jsou především hodnoty jako nezávislost a svoboda člověka, dále možnost samostatného rozhodování či určitá samostatnost jedince. Mimo jiné dodala pracovnice I9, že vnímá autonomii jako základ lidského života či jako základní potřebu. Ojedinele se objevují také hodnoty jako je možnost výběru, soukromí člověka nebo možnost prosazovat své zájmy či přání.

Informantky měly zároveň vyzdvihnout ze jmenovaných **složek** tu, kterou vnímají u autonomie osob s mentálním znevýhodněním jako **nejdůležitější**. Nejčastěji uvádí **svobodu** toho daného člověka či jeho **nezávislost**. Některé informantky svou volbu doplňují vysvětlením, že to je způsobené častým odejmutím svobody u osob s mentálním postižením, které klienti dle názoru informantek zažívají nejen obecně ve společnosti, či na otevřeném trhu práce, ale také ve vlastní rodině či v rámci některých sociálních služeb. Mimo to také informantky ve svých výpovědích zdůrazňují možnost klienta o svém životě rozhodovat sám bez vlivu jiné osoby, včetně projevení vlastní vůle a svých přání. Předchozí tvrzení shrnuje I2, která konstatuje, že je složité vyzdvihnout pouze jednu samostatnou složku, protože spolu jednotlivé části autonomie úzce souvisí a jsou vzájemně propojené.

Z výpovědí informantek jednoznačně vyplývá, že si žádná z nich nemyslí, že by osoba s mentálním znevýhodněním nemohla být autonomní. Více než polovina informantek však připouští, že budou v autonomiích jednotlivých osob s mentálním znevýhodněním určité rozdíly. **Rozdíl autonomie** především spočívá **ve stupni závislosti** dané osoby. I2 uvádí, že i člověk, značně závislý na pomoci druhé osoby, může být autonomní a žít svůj život dle vlastních představ. „... *Samozřejmě, vždycky s přihlédnutím na ten handicap.*“ To doplňuje I4: „*Když si představím klienta s jedničkou a se čtyřkou (pozn. autorky: je myšlen stupeň závislosti jedna až čtyři, určený dle přiznaného příspěvku na péči v prvním až čtvrtém stupni), tak je to ohromnej rozdíl. Jak v závislosti, tak v podstatě v tý*

*autonomii*“. Vliv stupně závislosti na míru autonomie naopak popírá I5, která uvádí, že pouhá existence závislosti na druhé osobě nemusí daného člověka činit neautonomním, a že „*autonomie trochu souvisí z hlediska psychologie se zráním člověka, s jeho osobností, s učením, se získáváním nových dovedností, osvojováním si kompetencí důležitých pro život a všichni se nějak učíme že jo, od malička až do pozdějšího věku, takže to, že někomu pomáhám a podporuju ho, ať už kohokoliv, ať už klienta s mentálním postižením nebo svý dítě, tak to neznamená, že ten člověk nemá svoji vlastní autonomii nebo že je v ní omezovanej*“.

Je potřeba se pozastavit nad tím, že mimo I6 a I8 zmiňují všechny informantky (bez přímého upozornění autorky), že vnímají **autonomii totožně bez ohledu na přítomnost postižení**. Shodly se na tom, že mezi autonomií osoby s postižením a autonomií osoby bez postižení nevidí rozdíl. Nejvíce to zdůrazňuje I3, která říká, že autonomii vnímá u každého člověka či jednotlivce, a to bez ohledu na to, zda osoba má či nemá nějaký typ postižení – „*Já bych to viděla i tak, že vlastně to, co je u běžné populace, můžeme aplikovat na osoby s mentálním postižením, včetně to, co jsem říkala. Takže já to vidím úplně stejně jako u lidí bez handicapu nebo mentálního postižení.*“

Dalším zkoumaným tématem je **charakter procesu získání autonomie** u osob s mentálním znevýhodněním, tedy otázka, zda je dle názoru pracovníků chráněného bydlení u jmenované cílové skupiny odlišný než u běžné populace. Více než polovina informantek se shodla na tom, že je proces získání autonomie pro osoby s mentálním znevýhodněním rozhodně **náročnější**. Svůj pohled doplňují informantky vždy jmenováním jednoho či více faktorů, které osobám se znevýhodněním proces získání autonomie mohou právě ztěžovat. I1 jmenuje především **snížený intelekt**. Ten totiž způsobuje, že daná osoba často nezná všechny své možnosti, tudíž ani nemůže být v jeho zájmu, si je v životě prosadit či o ně alespoň usilovat. Další informantka naopak zmiňuje vnější faktor, tedy společnost. Ta totiž jmenovanou cílovou skupinu vnímá často skrz různé **předsudky či mylné pověry**, čímž se danému člověku může například ztížit prosazení vlastních zájmů. I9 dále popisuje vliv **průběhu dospívání** osoby s postižením, které se může lišit od dospívání dítěte bez postižení. S tím souhlasí také I2, která to doplňuje slovy, že „*on (pozn. autorky: řeč je obecně o jakémkoliv člověku s mentálním znevýhodněním) se vlastně musí naučit o sobě rozhodovat a pečovat o sebe a tady ty věci,*

*co je něco tak přirozeného, jakoby my jsme běžně k tomu od narození vedeni... tak je to pro něj hrozně těžký.* “ Pouze I5 byla zastánkyní jiného názoru, a to že si nemyslí, že by byl **proces** náročnější, jakožto spíše **delší**. Důvodem je, že dle ní trvá osobě s mentálním znevýhodněním déle, než si například osvojí určitou dovednost. I1 a I2 se shodují na tom, že se **v dnešní době** stává proces získání autonomie pro osoby s mentálním znevýhodněním oproti minulosti do určité míry **jednodušším**. I1 se k tomu vyjadřuje slovy, že to bylo náročnější především před pár desítky lety, protože se v dnešní době pohledy již změnilly – „*Služby, i rodinný pečovatelé jsou nakloněny k tomu, aby člověk tu svoji autonomii získal a v životě ji uplatňoval.*“

### ***Shrnutí interpretací k DVC1***

**DVC1 bylo zjistit, jak vnímají pracovníci chráněného bydlení význam autonomie u klientů s mentálním postižením**, a to včetně získání názoru na charakter procesu získávání autonomie u osob s nebo bez mentálního znevýhodnění.

Velmi výrazným charakteristickým znakem autonomie je dle dotazovaných pracovníků v chráněném bydlení především její multidimenzionalita. Při myšlence na termín autonomie napadají většinu informantek pojmy jako je nezávislost člověka či jeho svoboda. To jsou také hodnoty, které mohou být, dle názorů informantek, pro klienty s mentálním postižením nejvýznamnější. Všechny informantky se shodly na tom, že mentální postižení v žádném případě nevyklučuje získání autonomie u daného člověka. Většina z nich navíc vnímá všeobecně význam autonomie u osoby s nebo bez postižení naprosto identicky. Některé pracovnice však připustily, že může být autonomie do určité míry ovlivněna stupněm závislosti konkrétního klienta. Charakter procesu získání autonomie u osob s postižením vyhodnotila řada dotazovaných jako náročnější. Může to být způsobeno například sníženým intelektem, průběhem dospívání dané osoby či postojem společnosti, ve které vůči cílové skupině existuje v dnešní době stále ještě velké množství stereotypních předsudků.

## 5.2 DVC2 – Zjistit, co dle pracovníků chráněného bydlení ovlivňuje uplatňování autonomie u klientů v chráněném bydlení

Druhý dílčí výzkumný cíl zkoumá, jaké faktory mohou mít z pohledu pracovníků chráněného bydlení vliv na autonomii klientů a její uplatňování. Prostřednictvím několika tazatelských otázek jsou proto dotazované pracovnice konfrontovány různými okolnostmi, které mohou mít na autonomii osob s mentálním znevýhodněním vliv či nikoliv. Informantky se vyjadřují například k možnému vlivu osobních faktorů jako je věk, osobnostní rysy či prostředí, ze kterého klient do chráněného bydlení přichází. Dále jsou zkoumány vnější okolnosti jako spolubydlení v rámci chráněného bytu či vliv pracovníků v sociálních službách neboli asistentů chráněného bydlení, kteří dochází do domácností klientů, kde jim pomáhají při každodenních činnostech.

Prvním řešeným tématem jsou **osobnostní znaky klienta** neboli případný vliv jeho vlastností na proces osamostatnění se u nového klienta chráněného bydlení či na uplatňování autonomie daného člověka. V první řadě jmenují informantky vlastnosti člověka, které je možné shrnout jako **extrovertní typ povahy** či osobnosti člověka. I1 například uvádí, že pokud přichází nový klient, který bude společenský, tak je dle jejího pohledu velká pravděpodobnost, že bude nejen adaptace ale také uplatňování autonomie jednodušší a přirozenější. I9 uvádí pozitivní vliv komunikativnosti nebo otevřenosti člověka vůči změnám. S uvedenými vlastnostmi souhlasí také I2, které doplňuje o průbojnost vlastní osoby či zájmů a přání. Naráží také na téma míry sebevědomí. Jiné informantky nejmenují vlastnost, ale **vnitřní motivaci klienta**, se kterou do chráněného bydlení přichází. Adaptaci na službu a uplatňování své autonomie může dle I6 klient zvládnout mnohem lépe, pokud bude motivovaný, stát se například samostatnějším. I4 navíc motivaci přímo spojuje s následnou mírou **spolupráce**, která má dále vliv na zachování autonomie. Z výpovědí informantek vyplývá, že u motivovaného klienta funguje spolupráce s pracovníky a zachování autonomie velmi dobře, u nemotivovaného klienta však může být tento proces značně těžší. Jiná pracovnice vliv vlastností člověka spíše neguje a přiklání se více k **vlivu schopností a dovedností**, které klient má. Jmenuje například schopnost osobního rozvoje či přístup k získávání nových dovedností daného člověka. Schopnosti doplňuje ještě I7, která uvádí schopnost určité sebereflexe klienta

neboli například schopnost posoudit, co ještě může zvládnout sám a co nikoliv. Podle ní je důležité, aby si to v případě potřeby dokázal klient uvědomit a požádat o pomoc.

Jak plyne z výpovědí informantek, tak má také **vliv přístup organizace** ke konkrétnímu klientovi, a jak s ním zaměstnanci chráněného bydlení pracují. I1 právě připisuje větší váhu přístupu a celkovému způsobu podpory ze strany organizace v kontextu autonomie nového klienta chráněného bydlení. Jiné informantky v osobnostních rysech klienta nevidí žádný možný vliv. Souhlasí však s výroky I1 o vlivu přístupu organizace nebo pracovníků. I3 například uvádí: *„asi si myslím, že to je o interakci, a že v tom procesu ten člověk není sám, především ten klient, že bude záležet i na tom průvodci, respektive na těch pracovnících. Kde tam vlastně podpoří toho klienta v tom osamostatňování.“* Dle výpovědí informantek je v rámci přístupu organizace také důležitý respekt, konkrétně respekt osobnosti klienta. Zdůrazňují, že každý člověk je jedinečné individuum, které má své silné ale i slabé stránky, jež musí pracovníci při práci s klientem vždy respektovat.

Dalším aspektem, vyplývajícím z výpovědí informantek, byl **vliv věku klienta** na uplatňování autonomie při jeho nástupu do chráněného bydlení. I1 a I8 vnímají věk jako jeden z nejdůležitějších faktorů, který na autonomii klienta působí. I1 uvádí, že se člověk lépe učí v ranějším věku. Ve vyšším věku mohou klientovi uplatňování autonomie ztížit různé zážitky či traumata, která je těžké zpětně odbourávat. K pohledu, že je práce s mladším klientem v kontextu získání autonomie jednodušší než se starším klientem, se přiklání také I2 a I4. Odlišně vnímá situaci I3, která sice připouští vliv věku klienta, avšak naprosto opačně, tedy že klient staršího věku s sebou právě přináší cenné zkušenosti. Upozorňuje při tom na to, že nezáleží na lékařské diagnóze, která dříve úroveň rozumových schopností člověka s postižením přirovnávala k určitému věku dítěte. Uvádí: *„To, že má někdo mentální handicap a lékaři napíší, že jeho rozumový schopnosti se rovnají dítěti ve věku pěti let, ještě neznamená, že když mu je 50, že nemá zkušenosti padesátiletého dospělého člověka.“* Pracovnice I6 vnímá vliv věku především v rozdílné míře autonomie dvou osob, které dělí například 40 let. Uvádí, že míra autonomie bude u třicetiletého, vitálního klienta vyšší než tomu bude například u sedmdesátiletého klienta. To popírá naopak I5, I7 nebo I9. Všechny tři informantky porovnávají podobné případy, kdy přišel do služby klient mladého věku, který potřebuje

velkou míru podpory, čímž se jeho autonomie částečně snižuje, a naopak klient seniorského věku, který na tom byl lépe, nejen po fyzické a psychické stránce, ale také po stránce jeho autonomie. Pracovnice I9 to shrnuje svojí výpovědí, ve které uvádí, že záleží více na zdravotním (psychickém) stavu daného klienta. Jako příklady jmenuje přidružené diagnózy různých psychiatrických potíží, které mohou uplatňování autonomie značně negativně ovlivnit.

Velmi jednoznačná je shoda dotazovaných pracovníků v tom, že **okolí či prostředí**, ze kterého klient přichází do služby chráněného bydlení, má rozhodně **vliv na míru jeho autonomie**. Dle výpovědí informantek právě záleží na tom, zda člověk žil v prostředí, kde byl podporován v získání samostatnosti, což ulehčuje získání či upevnění jeho autonomie, nebo naopak žil v prostředí, kde byl přepečováván<sup>5</sup>, a že z důvodu jeho postižení nemohl různé věci dělat sám. Problematiku **přepečování** uvádí také I7, především v souvislosti s domácím prostředím, kde *„klient měl maminku, která ho nenechala ani třeba odnést hrnek s čajem, tak se to třeba neměl šanci naučit ... ty rodiče mají takový obavy o to dítě, že ho nepustěj vůbec k ničemu.“* Z výpovědí informantek je také zřejmé přesvědčení o tom, že celá řada klientů může přijít z ústavního zařízení a mít zachovanou větší autonomii než klient přicházející z rodiny, vzhledem k jejich přílišné pečlivosti v péči o daného klienta. Zcela opačně to vnímají například I5 a I8, které uvádějí, že domácí prostředí představuje rozhodně lepší základ pro vytvoření autonomie než třeba ústavní zařízení, kde mají klienti dle I5 *„fullservis, všechno pod nos, ale zase třeba chyběla ta svoboda, takže to všechno, si myslím, nechá na člověka stopy a ovlivňuje taky i tu jeho autonomii v tom budoucím životě.“* K případu, kdy klient přichází do chráněného bydlení z nepříznivé bytové situace, například bezdomovectví, se vyjadřuje I2, která to vnímá v kontextu autonomie jako dobrou příležitost. Osoba s postižením bez přístřeší není vázána na žádná pravidla, může tak učinit svobodná rozhodnutí a je přirozeně vedena k převzetí odpovědnosti za vlastní život. Předchozí rozdílné pohledy sjednocuje I3, která jasně zdůrazňuje, že nezáleží na místě, ze kterého klient přichází, ale že je důležitá pouze **kvalita daného prostředí či okolí**. Pokud se tedy jednalo o podnětné, podporující prostředí, tak nehraje roli, zda to bylo prostředí domácí, ústavní či zcela jiné.

---

<sup>5</sup> Myšleno jako stav, kdy se člověku dostává větší (nadbytečné) míry podpory či péče než by skutečně v souvislosti se svým postižením potřeboval.

Další téma, které jmenují informantky, je **vliv spolubydlení** v rámci chráněného bytu. I v tomto případě se shodly informantky na jeho vlivu na autonomii klienta chráněného bydlení, avšak se lišily názory, zda se jedná o vliv pozitivní či negativní. Některé z informantek se přiklání k pozitivnímu vlivu (I7, I8), jiné zase naopak k vlivu negativnímu (I1, I5, I9). Ostatní informantky připouštějí obě možnosti, a to vždy v kontextu dalších figurujících okolností. V případě pozitivního vlivu jmenuje I7 fakt, že spolubydlení posiluje sociální dovednosti daného klienta, který ve spolubydlícím může najít dobrého přítele či dokonce i náhradu člena rodiny. Zároveň uvádí v kontextu autonomie, že se od sebe mohou spolubydlící něco naučit a být si vzájemně vzorem. I2 vidí výhody také v rámci osvojení různých komunikačních dovedností, které může klient využít k získání autonomie při začlenění do společnosti, například v zaměstnání.

Z výpovědí některých informantek však vyplývá také negativní vnímání vlivu spolubydlení. Informantky například uvádí, že se klienti mohou navzájem ovlivňovat, brzdit osobní rozvoj nebo uplatňování autonomie druhého. Zároveň se může klient zbavovat vlastní zodpovědnosti prostřednictvím přenesení různých rozhodnutí na svého spolubydlícího. I5 dále upozorňuje na častý vznik konfliktů mezi spolubydlícími, které vznikají zcela přirozeně při postupném získávání nezávislosti a autonomie obou klientů, což vede k větší potřebě soukromí. Uvádí, že takových případů řeší v praxi celou řadu a konečným řešením bývá většinou až přestěhování klientů do jiných, oddělených bytů. Častým důvodem vzniku konfliktů je dle pracovníků **chybějící možnost výběru** svého spolubydlícího. I1 říká, že „většinou to bývá asi osoba, kterou ten člověk si sám nevybere“. I3 ještě dodává, že je nepřirozené, aby dva cizí dospělí lidé spolu bydleli, když byt „sdílí s někým, kdo je tam uměle nasazený, že to není jejich volbou, to není jejich partner...“. Protože dle I6 je u fungujícího soužití nezbytné, aby si byli vzájemně sympatičtí nebo mohli spolu sdílet společné zájmy, což v chráněném bydlení často není možné zaručit. I2 ještě dodává, že je u problematického spolubydlení vždycky potřeba velké **podpory pracovníků** chráněného bydlení, kteří mohou být klientům oporou a zároveň citlivě do jejich konfliktu vstupovat. V rámci spolubydlení zdůrazňují informantky **význam soukromí** každého klienta. Mezi tím, co I2 vidí jako důležitý bod pro zachování autonomie, aby měl klient určitý prostor pouze sám pro sebe, tedy samostatný pokoj, vnímá I5 jako záruku soukromí i nezávislosti klienta pouze **individuální bydlení**. Pracovnice však přiznávají, že jsou klienti bohužel omezeni

dostupnou kapacitou daného chráněného bydlení. I3 situaci popisuje slovy: „*klienti, kteří bydlejí u nás, jsou tak trochu v pasti, když se nemají stěhovat kam*“.

Zkoumán byl také pohled dotazovaných pracovníků na **vliv výkonu práce asistentů chráněného bydlení**, tj. pracovníků v sociálních službách. I3 je přesvědčená o tom, že „*služba má velký podíl na tom, na kolik ten klient bude závislý nebo nezávislý na službě a tu službu tvoří asistenti*“. I9 navíc tvrdí, že asistenti svým jednáním nepřímo rozhodují o tom, zda se klient stane autonomním nebo ne. Celý výsledek záleží vždy na **přístupu asistenta**. Na tom se shodují téměř všechny informantky. Z jejich výpovědí vyplývá, že partnerský přístup představuje velmi vhodnou volbu. Asistent sebe a klienta staví do partnerského pracovního vztahu, ve kterém si jsou oba rovni, spolupracují a asistent se vždy snaží podporovat klienta v jeho samostatnosti a soběstačnosti. I1 dále doplňuje, že správný přístup asistenta znamená, že klientovi naslouchá a podporuje ho, včetně jeho přání. I2 ještě uvádí ve spojení s přístupem asistenta význam jeho důvěry v klientovy schopnosti a celkový charakter práce asistenta. Jako nepřijatelné v přístupu ke klientovi jmenují informantky přebytečnou kontrolu či restrikcii, dále porušování soukromí klienta či zaměření spolupráce pouze na praktické činnosti v domácnosti, kdy jsou opomíjeny například klientovy dovednosti v sociálních oblastech. Dle výpovědí informantek je důležité, aby asistent umožnil klientovi uplatnit své právo na přiměřené riziko. I2 v souvislosti s tím připomíná, že je žádoucí, aby asistent dal klientovi vždy možnost si cokoliv zažít tzv. „na vlastní kůži“, včetně nežádoucích dopadů, avšak vždy s přihlédnutím na rizika, která klient nedokáže vyhodnotit sám. Proto I9 dodává, že je potřeba klientovi před učiněním rozhodnutí srozumitelným způsobem vysvětlit případné následky. Následně je však důležité nechat klienta si vybrat sám a to i pod rizikem, že zvolí špatné rozhodnutí. I5 shrnuje význam působení asistenta při práci s klienty chráněného bydlení tím, že ho popisuje jako hlavního průvodce na cestě za samostatným životem klienta. Také I4 připouští vliv asistenta na autonomii klienta, nicméně upozorňuje na velký nedostatek, kterým jsou chybějící kvalifikovaní asistenti. Kurz pracovníka v sociálních službách vnímá jako nedostatečné **vzdělání**, vzhledem k obsáhlosti práce daného pracovníka. Navrhuje, aby se povinné vzdělání asistentů skládalo z více kurzů, které by měly různé zaměření, v čemž vidí možnost zkvalitnění péče o klienty a podpory jejich autonomie.



Dotazované pracovnice zároveň dostaly příležitost vyjmenovat případně **další okolnosti**, které v předchozích otázkách, v rámci zkoumání faktorů ovlivňujících autonomii klientů chráněného bydlení, nezazněly. Téměř každá informantka jmenovala naprosto odlišný faktor než ostatní. Pouze ve dvou okolnostech se dvě dvojice informantek shodly. Prvním jmenovaným případem jsou **finance klienta**. Druhým bodem bylo **správné předávání informací**. Informantky tím mají na mysli **význam přizpůsobení komunikace** intelektu dané osoby s postižením, což je důležité pro prevenci nedorozumění mezi pracovníky a klienty. Z výpovědí vyplývá využití alternativní komunikace<sup>6</sup> jako velmi vhodná volba. To umožňuje samostatné rozhodování a vyjádření vlastních přání i klientům s omezenými komunikačními dovednostmi, čímž opět dojde k posílení jejich autonomie. Pracovnice I3 uvádí **vzdělávání klientů** jako další možný vliv na rozvoj jeho autonomie. Na mysli má nejen školu, ale také různé volnočasové vzdělávací aktivity. Samozřejmě zdůrazňuje, že to je možné pouze u klientů, kteří by o to měli zájem. Uváděn je také **význam sociálních kontaktů** v návazných službách či zaměstnání klienta. I9 jmenuje bod týkající se **omezení způsobilosti k právním úkonům** daného klienta. Uvádí, že stanovený opatrovník může ohrožovat autonomii klienta tím, že „*ho může omezovat v něčem zbytečně třeba. Když ten opatrovník svou funkci nebude vykonávat správně, tak může mít pocit, že jenom on rozhoduje o životě svého opatrovance. Že hlavně jenom on to rozhodne správně.*“ Dle výpovědí informantek však závisí autonomie klientů také na samotném **prostředí chráněného bytu**, tedy zda se byt nachází v běžné zástavbě nebo se jedná například o skupinové bydlení v rámci jednoho chráněného domu. Takové skupinové bydlení nemá dle informantek na autonomii dobrý vliv, protože není tolik času na individuální poskytování služby a klient také nemá tolik možností se setkávat s běžnou populací.

---

<sup>6</sup> Jedná se o komunikační systémy, nahrazující mluvenou řeč, čímž se snaží o kompenzaci různých postižení, ovlivňujících dorozumívací schopnosti daného člověka. Nejčastějšími prostředky jsou různé obrázky, piktogramy či další speciální pomůcky. (<https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-co-je-aak-9>, citováno dne 08. 03. 2022)

## *Shrnutí interpretací k DVC2*

**DVC2 bylo zjistit, jaké faktory mohou dle pracovníků chráněného bydlení ovlivňovat autonomii klientů jmenované sociální služby, a to včetně faktorů osobních a vnějších.**

V rámci osobnostních znaků klienta jmenovaly informantky především vlastnosti charakterizující extrovertní typ povahy či osobnosti člověka, například komunikativnost a průbojnost. Dalšími důležitými vlivy je míra vnitřní motivace klienta, míra spolupráce či vliv schopností a dovedností klienta. Jmenován byl také přístup organizace ke klientovi, která by ho měla vždy za každou cenu respektovat a přijímat ho takového, jaký je. Význam vlivu věku nového klienta na jeho autonomii vnímaly pouze některé dotazované pracovnice, přičemž část z nich vnímaly jeho vliv pozitivně u mladších klientů a druhá část naopak u starších klientů. Mnohem větší vliv vnímají informantky u prostředí, ze kterého klient do chráněného bydlení přichází. I zde se však pohledy rozdělují. Výhody i nevýhody byly nalezeny jak u domácího prostředí, tak u ústavního či jiného prostředí. Důležitým faktorem je míra přepečování v původním prostředí a jeho kvalita. Obojí má na následné získání autonomie velký vliv. V případě spolubydlení byly jmenovány pozitiva v podobě sociálního učení a negativa v podobě častých konfliktů. Kvalitu spolubydlení omezuje chybějící soukromí a možnost výběru svého spolubydlicího. Velmi důležitým faktorem je přístup asistenta, podporujícího klienta v jeho samostatnosti, soběstačnosti a právu na přiměřené riziko. Dalšími okolnostmi, ovlivňující autonomii klienta můžou být například jeho finance, správné předávání informací ze strany pracovníků, další sociální kontakty či typ chráněného bydlení.

### **5.3 DVC3 – Zjistit, jaký je pohled pracovníků chráněného bydlení na rozdíly mezi službou chráněné bydlení a jinými službami pro osoby s mentálním postižením v kontextu autonomie**

Třetí a zároveň poslední dílčí výzkumný cíl zjišťuje, jaké vnímají pracovníci chráněného bydlení rozdíly mezi pobytovou službou chráněného bydlení a dalšími službami, které jsou poskytovány osobám s mentálním znevýhodněním. Nezkoumá však

pouze rozdíl prostřednictvím popisu výhod a nevýhod služby chráněného bydlení v kontextu autonomie jeho klientů. Zabývá se také hranicemi, kdy musí konkrétní klient vyhledat jinou sociální službu, protože pro něj chráněné bydlení již nepředstavuje vhodnou volbu.

Jako první se informantky zabývají tématem **výhod** sociální služby **chráněného bydlení**, které nabízí v kontextu autonomie klientům oproti jiným službám. Dle výpovědí informantek je největší výhodou **individualita služby**, kterou zdůrazňuje značná většina dotazovaných pracovníků. Pracovnice I2 vnímá individualitu především v individuálním přístupu, kterým mohou asistenti s klienty pracovat. Je to dle jejího názoru především díky tomu, že se u služby chráněného bydlení nejedná o institucionální službu jako je například služba domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), která bývá dost režimová. Informantky dále uvádí, že v porovnání se stejnou službou neprobíhá práce s klienty v chráněném bydlení skupinově, čímž je zajištěno zachování autonomie klientů. Dotazované pracovnice identifikují zároveň **svobodu klienta** jako další výhodu chráněného bydlení. I4 v rámci jmenovaného pozitiva uvádí, že vidí výhodu „*v té větší svobodě v tom chráněném bydlení. Že v podstatě tam není ten plot, ale že mají jako víc volnosti*“ (pozn. autorky: řeč je o klientech). I2 vnímá výhodu svobody především v možnosti vlastního rozhodnutí klienta, a to především v každodenních činnostech jako: „*co budu jíst? Kdy se půjdu vysprchovat... Jestli půjdu ven nebo nepůjdu. Budu jenom na gauči?*“. S tím souhlasí také I5, která zdůrazňuje, že má klient chráněného bydlení na rozdíl od klienta DOZP svobodnou volbu o průběhu svého dne. Klienti v DOZP mají dle slov I5 „*všechno naservírováno, ráno jdou na píšťalku na léky, pak jdou na snídani, na oběd, na večeři, mezi tím mají nějaký volnej program...*“. Jako velkou výhodu vnímají informantky také možnost člověka s mentálním znevýhodněním **žít** díky chráněnému bydlení (v rámci možnosti) **běžným životem**. I1 v souvislosti s tím uvádí, že „*klient v chráněném bydlení může žít život naprosto srovnatelný s životem jeho vrstevníků bez handicapu*“. To doplňuje I6 tím, že díky umístění chráněného bytu v běžné zástavbě může mít klient také sousedské vztahy s běžnou populací nebo si pořídit domácího mazlíčka. S tím souvisí, že se **chráněné bydlení** může stát opravdovým **domovem** klienta. Dle I9 totiž chráněné bydlení není pouze pokoj ve velké pobytové službě, ale byt, ve kterém je doma. I5 navíc zdůrazňuje, že i přesto, že je bydlení v dané sociální službě chráněné, tak se pracovníci snaží, aby se klienti cítili jako doma: „*což si myslím, že se tak*

*cítí*“. Dle výpovědí informantek k tomu přispívá další výhoda chráněného bydlení, kterou je **možnost vlastního vybavení** či jeho výběru. Uvádějí, že oproti DOZP může klient svůj pokoj či byt vybavit vlastním nábytkem a přizpůsobit si tak byt do určité míry vlastním představám.

Informantky uvádějí mimo již jmenované ještě celou řadu **dalších výhod**, které chráněné bydlení svým klientům nabízí. Řeč přišla například na téma **podpory soběstačnosti**, která je dle výpovědí informantek velmi důležitá. Asistenti se snaží za klienta nedělat věci, které zvládá ještě dělat sám. Je žádoucí v takových činnostech věnovat klientovi dostatek času, respektovat klienta a přizpůsobit poskytovanou podporu tomu, co dle jeho schopností a dovedností opravdu potřebuje. Právě tím získává klient dle informantek určitou **nezávislost**, která k jeho autonomii značně přispívá. Informantky ve svých výpovědích opakovaně naráží na téma již výše jmenovaného **práva na přirozené riziko a odpovědnosti** za vlastní život či rozhodnutí. Uvědomují si však, že bývají tyto dvě hodnoty veřejností vnímány negativně, některými dokonce až nebezpečně. Takový pohled však naprosto odmítají. I5 ještě zdůrazňuje, že se pracovníci chráněného bydlení snaží autonomii klientů posilovat také podporou **uplatnění** jejich základních **lidských práv**, jako například volebního práva či práva na partnerské vztahy. Poslední jmenovanou výhodou je **charakter poskytování služby**, který I3 přirovnává spíše k terénní službě než ke službě pobytové. Uvádí, že „*chráněné bydlení vnímám víc jako terénní službu, protože vstupujeme (pozn. autorky: řeč je o pracovnících chráněného bydlení) pro výkon své práce do toho prostředí, kam musíme za klientem přímo přijít, kdyžto v těch pobytkách ten klient v tom prostředí, kde pracujeme, už je*“. Z výpovědí informantek především vyplývá, že díky všem jmenovaným výhodám jsou přesvědčeny o tom, že je **chráněné bydlení** vhodnou službou, která klientům **umožňuje** svoji **autonomii** nejen **uplatňovat**, ale také prohlubovat.

Samozřejmě po výhodách následovalo téma týkající se **nevýhod**, které má **chráněné bydlení** oproti jiným sociálním službám poskytovaným osobám s mentálním znevýhodněním. Informantky uváděly různé nedostatky, které by byly vzhledem k navýšení autonomie klientů vhodné změnit. Nevýhoda, která se opakovala nejčastěji, byla **omezená kapacita** chráněného bydlení, která byla jmenována již výše v tématu spolubydlení. Tento nedostatek vnímají informantky především v porovnání s terénní

sociální službou podpory samostatného bydlení. Situaci s omezenou kapacitou bytů v rámci chráněného bydlení popisuje I3 jako: „... *klienti dozrajou a my pro ně nemáme tu další volbu. Nejde to. Když není souhra náhod, tak nemáme šanci sehnat městský byt ... na volném trhu bytů se většina klientů nechytá tím, jaký mají příjmy.*“ I5 tento problém nevnímá pouze vůči již současným klientům, ale také vůči možným zájemcům o chráněné bydlení, které musí služba často odmítnout právě pro nedostatek volných míst: „*nám spíš chybí další volný byty, pro další naše zájemce*“. Jmenovaný nedostatek chráněného bydlení následně souvisí dle výpovědí informantek i s dalšími nevýhodami jako **určení spolubydlicího poskytovatelem služby**, který je nucen stávající či nové klienty rozmístit podle současných možností (například personálních) či jiných potřeb organizace. Snahou je vyjít klientům a jejich přáním vstříc, ale konečné rozhodnutí vždy záleží na kapacitě a dostupných bytech. To právě může vést k tomu, že dospělý člověk (klient) se ocitne v situaci, kdy musí bydlet s někým, koho si jako spolubydlicího nevybral. Z výpovědí informantek vyplývá možné řešení, které vidí v poskytování služby chráněného bydlení pouze v menších, **individuálních bytech** pro jednoho klienta, například o velikosti 1+kk či 1+1. I9 v rámci toho připouští výjimky, kterou by mohlo být například dlouholeté přátelství či dvojice klientů žijících v partnerském vztahu. Navíc uvádí, že veškeré bydlení pro více než dvě osoby v jednom bytě, jako například chráněné domy pro pět a více klientů, je nepřijatelné. Mimo výjimku partnerského vztahu by také v rámci chráněného bydlení neměly existovat ložnice, kterou spolu musí sdílet dva klienti. Informantky ve svých výpovědích zdůrazňují, že v rámci autonomie to klientovi ubírá nejen soukromí, ale také prostor k rozvoji. Dotazované pracovnice také uvádí nevýhodu **nedostatku kvalifikovaného personálu**, který spojuje s problémem časté fluktuace zaměstnanců. I8 uvádí příklad, kdy nastupuje nový asistent, který z důvodu vlastních obav či náhlého pocitu velké odpovědnosti na pozici dlouho nezůstává a po krátké době opět odchází. I2 proto zdůrazňuje, že je důležité klást důraz na správný výběr při přijímacím řízení nového pracovníka. Následně je vhodné, zvyšovat profesionalitu nových, ale také stávajících asistentů, například tematickým přizpůsobením a správným výběrem povinných školení. Průběžné zvyšování kvality péče o klienty totiž vidí v přímé souvislosti se zvyšováním autonomie klientů. I8 však téma uzavírá slovy, že jmenovaný nedostatek, který u chráněného bydlení vnímá, je způsobený především současnou situací, kterou v praxi řeší. Nevnímá jmenovanou nevýhodu jako problém, který by se

týkal pouze chráněného bydlení. Z výpovědí informantek vyplývá další nevýhoda, kterou je **omezení způsobilosti k právním úkonům** u klienta chráněného bydlení. Omezení má totiž především vliv na hospodaření s financemi dané osoby. Celou situaci dle I4 navíc komplikuje nespolupracující opatrovník, který může potřeby klienta (opatrovance) vnímat v některých případech zkresleně. I7 vidí možné řešení ve zlepšení spolupráce s rodinou či opatrovníkem daného klienta a následné práci na návrhu změny (snížení) omezení svéprávnosti u soudu. Poslední řešenou nevýhodou představuje opět téma **nedostatečného využití alternativní komunikace**. V případě zvýšení jejího využití vidí informantky možnost v prohloubení autonomie i u klientů s větší mírou podpory, kteří nekomunikují běžným způsobem. To vede často k tomu, že klienti nejsou schopni vyjádřit svá přání nebo také k nepochopení ze strany zaměstnanců.

V souvislosti s nevýhodami chráněného bydlení zdůrazňují informantky ve svých výpovědích problém dnešní doby, kdy v praxi začíná vnímat **snížující se zájem veřejnosti** o podporu osob s mentálním postižením. Říkají například, že se společnost začíná více zajímat o jiné cílové skupiny a na skupinu osob s postižením trochu zapomíná. Dle pracovníků to je znát nejen na způsobu přerozdělování finanční podpory ze strany státu, který při plánování rozpočtu krajů už nepřiděluje organizacím poskytující například chráněné bydlení osobám s mentálním postižením takové finanční částky, jako tomu bylo dříve. Podobně vnímají také opadající zájem o deinstitucionalizaci či podporu komunitních služeb, který přišel především po roce 2006 a 2007. I8 říká: „*Poslední dobou mi přijde, že se opět začínám setkávat s názory společnosti, že osoba s mentálním znevýhodněním nemá „venku“ co dělat, ale že by měla být radši zavřena v ústavu, aby byl klid, s prominutím. A myslím si, že to je opravdu velký problém.*“

Posledním tématem, které informantky zdůrazňují, byly **okolnosti vylučující službu chráněného bydlení** jako vhodnou volbu oproti jiným poskytovaným službám pro osoby s mentálním postižením. Informantky tedy uvádějí situace, kdy se jiná sociální služba stává z různých důvodů vhodnější službou než chráněné bydlení. V ohledu na dané téma se u informantek objevily pouze dvě hlavní situace, které vylučují chráněné bydlení jako vhodnou sociální službu. U první z nich se jedná o stav, kdy dojde například v souvislosti se stárnutím klienta ke **zhoršení jeho zdravotního stavu**. Přičemž I4 jako příklad zhoršení zdravotního stavu nejmenuje pouze na úrovni fyzického stavu, ale také na úrovni

duševního, psychického stavu. V takové situaci je dle informantek především potřeba vyhledat službu, poskytující intenzivnější péči jako například v domově pro osoby se zdravotním postižením neboli DOZP. I6 ještě popisuje určitý „mezikrok“ před samotným odchodem klienta do služby DOZP, kterým je vyhledání návazných služeb. Vysvětluje, že v rámci chráněného bydlení je totiž možné využít terénní služby jako pečovatelskou službu či propojit chráněné bydlení s hospicovou péčí. Klientovi chráněného bydlení je tak umožněno stejně jako běžné populaci při stárnutí či zhoršení zdravotního stavu setrvat co nejdéle v jeho domácím prostředí (tj. chráněný byt) než odejde do jiné pobytové služby s nepřetržitou péčí. Vzhledem ke zvýšení autonomie však byla jmenována také opačná situace, tedy když klient chráněného bydlení dosáhne **vyšší míry samostatnosti**. V takovém případě přechází klient z pobytové služby do vlastního, samostatného bydlení s využitím terénní služby – například podpory samostatného bydlení. I6 v souvislosti na téma podpory samostatného bydlení uvádí, že ji vnímá jako přirozeně navazující službu na chráněné bydlení, jako takové pokračování na cestě za samostatným životem, s vlastní domácností. S tím souhlasí I9, která v podpoře samostatného bydlení vidí především příležitost klienta k navýšení jeho autonomie prostřednictvím získání či přijetí další zodpovědnosti. Další výhodou podpory samostatného bydlení vyplývající z výpovědí informantek jsou především jiné možnosti v přizpůsobení poskytované služby. Podpora samostatného bydlení totiž klientovi umožňuje využívání služby například pouze na jednu konkrétní činnost, jako je jednání s úřady. Služba se tedy stává ještě individuálnější, než tomu je v chráněném bydlení. I7 uvádí: „*Tu službu (pozn. autorky: řeč je o podpoře samostatného bydlení) vnímám jako nějaký způsob zvednutí sebevědomí daného klienta. Může si říct, že tohle už všechno zvládnou, už nepotřebuju službu chráněný bydlení.*“ Zároveň potvrzuje pohled pracovnice I9, protože taktéž pociťuje u podpory samostatného bydlení pro klienta možnost větší samostatnosti, například díky získání dalších povinností, které jsou spojené s vlastním bydlením a podobně. I5 vnímá u velkého množství klientů **chráněné bydlení** v porovnání se službou podpory samostatného bydlení jako určitou „**přestupní stanici**“. Uvádí, že „*opravdu žádná sociální služba nemusí být pro klienty cílovou stanicí... vždycky je tam nějaký prostor pro rozvoj, nějaký potenciál, at už na straně toho klienta nebo nějakým způsobem mu my pomůžeme*“.

### *Shrnutí interpretací k DVC3*

**DVC3 bylo zjistit, jaké rozdíly v kontextu autonomie vnímají pracovníci chráněného bydlení mezi službou chráněné bydlení a jinými službami, poskytované osobám s mentálním postižením.** Součástí toho bylo právě zkoumání výhod a nevýhod chráněného bydlení či okolností vylučující danou službu.

V rámci výhod chráněného bydlení zazněla nejčastěji individualita služby, včetně individuálního přístupu, což dle dotazovaných pracovníků umožňuje značné zvýšení autonomie. Danou výhodu vnímají především oproti službě DOZP, která klientům nenabízí tolik svobody či možnost žít běžným životem, jako tomu je u služby chráněné bydlení. Zároveň zdůraznily pracovnice fakt, že se chráněné bydlení stává pro klienty domovem. Dalšími jmenovanými výhodami byla například podpora soběstačnosti klienta, uplatnění jeho lidských práv, včetně práva na přirozené riziko. Druhým tématem byly nevýhody chráněného bydlení, které vnímají pracovnice především v omezené kapacitě, určenou počtem volných bytů či lůžek dané organizace. Ve zvýšení autonomie dále brání například nedostatek kvalifikovaného personálu nebo poskytování služby ve velkých bytech, které neumožňují poskytování individuální služby. Nevýhodu, která se postupem času stává problémem, představuje snižující se zájem veřejnosti nejen o podporu chráněného bydlení, ale také všeobecný zájem o osoby s mentálním postižením. Okolnosti, kdy se jiná služba stává oproti chráněnému bydlení vhodnější volbou, byly jmenovány především dvě. Zhoršení zdravotního stavu, kdy se daná osoba stává vhodnějším klientem služby DOZP. Opakem je dosažení větší míry samostatnosti, která umožňuje klientovi přejít do individuálnější služby, do podpory samostatného bydlení.



## 6 Závěrečná interpretace výzkumného šetření a doporučení pro praxi

Hlavní výzkumný cíl je následující: **Zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení, a jak pracovníci vnímají vliv jmenované sociální služby na autonomii klientů.** Výsledek se odvíjí od odpovědí na dílčí výzkumné cíle a zní: **Pracovnice chráněného bydlení vnímají značný vliv uvedené sociální služby na autonomii klientů.** Její vliv obecně charakterizují jako **pozitivní.** Služba chráněné bydlení totiž **umožňuje osobě s mentálním postižením žít život srovnatelný s životem vrstevníků běžné populace,** a to včetně uplatňování její autonomie. K tomu dochází především na základě **značné podpory soběstačnosti klienta ze strany asistentů chráněného bydlení.** Hodnoty jako zajištění individuality služby a umožnění větší svobody klienta, například v rámci uskutečnění vlastních rozhodnutí včetně práva na přirozené riziko, představují další důležité prvky autonomie klienta.

**Autonomii osoby s mentálním znevýhodněním a autonomii člověka bez postižení vnímají pracovníci chráněného bydlení identicky.** V případě osob s mentálním znevýhodněním však na jejich autonomii **působí značné množství faktorů** jako například **snížený intelekt, předsudky ze strany veřejnosti, přístup okolí k dané osobě a kvalita poskytované péče.** Prostředí, ve kterém osoba s postižením žije, má na její autonomii taktéž značný vliv. **Je žádoucí, aby byl daný člověk během dospívání obklopený podporujícími, pečujícími osobami.** V rámci udržení či prohloubení autonomie je totiž důležité, se při práci s osobou s postižením **vyhýbat** takzvanému **přepečovávání** a naopak maximálně podporovat její soběstačnost.

**Profesionalita i přístup asistentů** či dalších pracovníků vůči klientovi jsou základem pro jeho dosažení autonomního já. Pracovnice chráněného bydlení doporučují využití **alternativní komunikace,** která umožňuje vyjádření vlastních přání či rozhodnutí také klientům nekomunikujícím běžným způsobem. Vzhledem k upozornění pracovníků chráněného bydlení by měl být kladen **důraz na poskytování služby v menších chráněných bytech,** umístěných v běžných zástavbách. Zabraňuje to vzniku konfliktů, způsobených nefunkčním spolubydlením. Zároveň získá klient dostatek soukromí a možnost navázání přirozených sousedských vztahů.

Z výše uvedeného vyplývá, že pracovníce chráněného bydlení vnímají v kontextu autonomie klientů uvedenou službu jako vhodnou. Chráněné bydlení zpřístupňuje osobám s mentálním znevýhodněním život v běžné společnosti. Oproti službě DOZP zde klient žije v prostředí, podobající se tomu domácímu. Dotazované pracovníce připouštějí určité nedostatky služby chráněného bydlení, které vnímají především v porovnání terénní služby podpory samostatného bydlení. Ta představuje pro některé klienty možnost návazné služby, do které přechází v případě dosažení určité míry samostatnosti.

I přes všechny výhody, které chráněné bydlení svým klientům nabízí, ubývá zájem a pochopení veřejnosti pro danou službu. Stále častěji se dotazované pracovníce v praxi střetávají s názory společnosti, že není vhodné, aby žila osoba s mentálním znevýhodněním bez dohledu v běžných domácnostech. Pracovníce chráněného bydlení jsou však o významu dané služby přesvědčeny. Připomínají zastoupení autonomie jakožto základní lidskou potřebu a právo na život i svobodu jako základní lidská práva, která by měl mít zaručena každý člověk bez ohledu na jeho fyzický, mentální či celkový zdravotní stav.

### **Doporučení pro praxi pracovníků chráněného bydlení zní:**

- Při práci s klientem je důležité vždy respektovat jeho osobnost, včetně přijetí jeho silných a slabých stránek či vyslechnutí jeho zájmů a přání. Je žádoucí, aby pracovník pro dosažení maximální úrovně autonomie klienta, dle zjištěných okolností, individuálně přizpůsobil nejen přístup ke klientovi, ale především míru poskytované podpory.
- Pracovník chráněného bydlení důvěřuje schopnostem a dovednostem klienta, na základě kterých mu umožňuje učinit vlastní rozhodnutí a uplatnit své právo na přirozené riziko. S ohledem na stupeň závislosti klienta upravuje pracovník styl předávání informací pro zajištění plnohodnotného pochopení závažnosti situace na straně klienta.
- Neméně důležitá je propagační činnost a šíření významu služby chráněného bydlení pro autonomní život osoby s postižením, a to v jeho bezprostředním okolí.
- Důraz v poskytování služby je kladen na snahu organizace o získání malých chráněných bytů v běžných zástavbách, které klientovi zajistí soukromí, včetně uplatnění jeho autonomie a zároveň jeho intenzivní inkluzi do majoritní společnosti.

## Závěr

Na určení zaměření diplomové práce mělo mé působení na pozici sociální pracovníce v chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením značný vliv. Především zkušenosti z každodenní praxe mě přesvědčily o potřebě, se na dané téma zaměřit. Běžně se například setkávám s názory, především ze strany společnosti, že chráněné bydlení představuje službu nadbytečnou a neadekvátní alternativu původních velkokapacitních zařízení. Nelze ani popřít problém v podobě klesajícího zájmu o podporu služby chráněného bydlení, a to jak ze strany veřejnosti, tak ze strany územních samosprávných celků či státu. Zaměstnanci, působící v dané službě, jsou však o jejím významu pro osobnostní rozvoj klientů, včetně jejich autonomie, přesvědčeni.

Vzhledem k výše uvedené problematice bylo hlavním cílem diplomové práce zjistit, jak je uplatňována autonomie osob s mentálním znevýhodněním v kontextu služby chráněného bydlení. Zároveň měla práce také odhalit, jak pracovníci chráněného bydlení vnímají vliv dané sociální služby na autonomii klientů. Daný výzkum diplomové práce se od většiny existujících publikací liší především tím, že se nezaměřuje na pohled klientů, ale naopak na pohled pracovníků. Domnívám se totiž, že mají na procesu získání autonomie klientů velký podíl, jelikož ho mohou svým jednáním podstatně ovlivnit. Značná část publikací se navíc zabývá pouze kvalitou života dané cílové skupiny místo jejich autonomií. Autonomie je však, dle mého názoru, rozsáhlejším tématem než pojem kvalita života, protože zahrnuje více oblastí, čímž se zaměření práce stává všestrannějším a ucelenějším.

Výzkumnému šetření předcházeli základní souhrn teoretických východisek. Vymezení se týkalo důležitých pojmů jako například oblast mentálního znevýhodnění, včetně jeho klasifikace, dále tématu osob s mentálním postižením a jejich práv či postavení ve společnosti. Mimo termínu autonomie nesmím opominout rovněž řešené téma, kterým jsou pobytové sociální služby poskytované osobám s mentálním postižením, převážně pak zaměření na konkrétní službu chráněného bydlení a popis jejich specifik.

Domnívám se, že výzkumné šetření upozorňuje na podstatný význam faktoru, hrající značnou roli v procesu získávání autonomie. Míněným faktorem je kvalita okolí či prostředí, ve kterém klient žije. V každém případě je potřeba klienta v rámci autonomie

motivovat k rozvoji či získávání nových dovedností. Důležitými hodnotami jsou v tomto směru především nezávislost a svoboda klienta, včetně jeho možnosti samostatného rozhodnutí či převzetí zodpovědnosti za vlastní život. Žádoucí je proto pomáhat klientovi v uplatňování jeho práva na přiměřené riziko a naopak přepečování klienta představuje zcela nepřijatelný způsob poskytování služby. Neméně závažným problémem je poskytování chráněného bydlení ve velkých bytech s kapacitou tří a více klientů. V souvislosti s podporou jejich autonomie představují individuální bydlení nejvhodnější řešení potíží, jako jsou například časté konflikty se spolubydlícími či ztráta soukromí.

Naplnění hlavního výzkumného cíle vyplývá nejen ze shrnutí jednotlivých dílčích výzkumných cílů, umístěných na konci každé podkapitoly interpretační části, ale zároveň z uvedeného závěru provedeného výzkumu. Domnívám se, že nejvýznamnějším závěrem je, že **pobytová sociální služba chráněné bydlení představuje vhodnou příležitost pro osoby s mentálním postižením, do různé míry závislých na pomoci druhé osoby, vést život, který lze považovat za srovnatelný se životem jejich vrstevníků, včetně uplatňování své autonomie. Nezbytným nástrojem pro uplatňování autonomie klientů je zprostředkování takové služby, která je poskytována individuálně a vždy přizpůsobena potřebám jednotlivých klientů.**

Uvědomuji si limity výzkumného šetření, způsobených zvolením kvalitativní výzkumné strategie, čímž se výsledky stávají nezobecnitelnými. I přesto jsem však takového názoru, že lze získané informace, například prostřednictvím v textu uvedených doporučení, přinejmenším využít ke zvýšení věnované pozornosti autonomii klientů či ke všeobecnému zlepšení kvality pobytových služeb pro osoby s mentálním znevýhodněním.

## Seznam použité literatury

- ADAMS, Robert. *Social work and empowerment*. Vyd. 3. 2003. ISBN 1-4039-0551-7.
- ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výběrové šetření osob se zdravotním postižením*. 2018. [online]. [14. 11. 2021]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-osob-se-zdravotnim-postizenim-2018>
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- FURMANÍKOVÁ, Lada, Zuzana HAVRDOVÁ, Blanka TOLLAROVÁ a Petr Vrzáček. *K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb?*. Sociální práce/Sociálna práca. 2013, 1/2013. 49-60.
- HEATHCOTE, Gaye. *Autonomy, health and ageing: transnational perspectives*. Health Education Research, 2000. 13-24.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů: až budete mít chvíli, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientovaní*. Praha: Občanské sdružení Quip - Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
- JOHNOVÁ, Milena a Jan STRNAD. *Deinstitucionalizace a článek 19 – Úmluvy o právech osob s postižením*. Sociální práce/Sociálna práca. 2013, 1/2013. 7-8.
- KALVACH, ČELEDOVÁ, a KOLEKTIV. *Křehký pacient a primární péče*. Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením v českém znakovém jazyce*. [online]. Brno. [02. 03. 2022]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/umluva/>

KOLÁŘOVÁ, Kateřina, ed. *Jinakost - postižení - kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu: antologie textů z oboru disability studies*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-050-6.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013a. ISBN 978-80-7326-232-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Úvod do disability studies*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013b. ISBN 978-80-7464-288-3.

KRHUTOVÁ, Lenka, et al. *Personal Autonomy and Disability. Review of Disability Studies: An International Journal*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2017.

KVAPILÍK, Josef a Marie ČERNÁ. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990. Život a zdraví (Avicenum). ISBN 80-201-0019-9.

MAREŠ, Jan a Jiří MAREŠ. *Autonomie dospívajícího jedince: složitý proces, nejistý výsledek*. Pedagogika. 2014, (64)1. 81-98.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MERTIN, Václav. *Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11/MKN-11*. [online]. Školní poradenství v praxi. 2018. 6/2018. [02. 03. 2022]. Dostupné z: <https://www.rizeniskoly.cz/cz/casopis/skolni-poradenstvi-v-praxi/mezinarodni-klasifikace-nemoci-icd-11-mkn-11.m-4845.rtf>

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MPSV. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: MPSV, 2012. ISBN 978-80-7421-042-6.

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: MPSV, 2007. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/koncepce-podpory-transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb>

MPSV. *Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

MPSV. Instand, z. ú. *Metodika výkonu opatrovnictví*. [online]. Karlovy Vary, 2015. [29. 03. 2022]. Dostupné z: : <http://www.trass.cz/wpcontent/uploads/2016/02/metodika-vykonuopatrovnictvi.pdf>

PICHLEROVÁ, Barbara. 2010. *Autonomie im Alter Ein theoretischer Eingriff in den sozialpädagogischen Alter(n)sdiskurs*. [online]. Disertační práce. Vídeň: Universität Wien. [22. 12. 2021]. Dostupné z: <https://theses.univie.ac.at/detail/9951>

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

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

*Sbírka zákonů*. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

SOBEK, Jiří. *Můžete si vybrat!: příručka o lidských právech: pro lidi s mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Portus Praha, 2009. ISBN 978-80-239-9401-8.

SOBEK, Jiří. *Práva lidí s mentálním postižením: příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, 2007. ISBN 978-80-239-9399-8.

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

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM PRO DĚTI S VADAMI ŘEČI. *Co je augmentativní a alternativní komunikace a komu je určena?*. [online]. Praha. [10. 02. 2022]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-co-je-aak-9>

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

ŠÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠÍŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. [online]. 2020. [02. 03. 2022]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0274-5.

VÁVROVÁ, Soňa. *Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením*. Sociální práce/Sociálna práca. 2010, 4/2010. 67-75.

VLACHOVÁ, Jana. *Autonomie a míra participace z pohledu člověka s mentálním postižením* [online]. Brno, 2018 [10. 12. 2021]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/upki4/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Helena VAĐUROVÁ.



## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Transformační tabulka .....	49
Tabulka č. 2: Charakteristika zkoumaného souboru .....	53

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Přepis rozhovoru (pracovnice I5).....	83
Příloha č. 2: Informovaný souhlas s nahráváním .....	90

## **Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru (pracovnice I5)**

**Zdroj: vlastní tvorba**

Autorka: „*Dobrý den, děkuji za možnost s Vámi uskutečnit tento rozhovor. Nejprve bych se Vás, prosím, chtěla zeptat, jestli tedy souhlasíte s nahráváním našeho rozhovoru?*“

**I5: „Dobrý den, ano, souhlasím. Nemám s tím problém.“**

Autorka: „*Děkuji. Tak už můžeme začít s první otázkou. Chtěla bych se nejprve zeptat, co si představujete pod pojmem autonomie ať už obecně nebo v rámci osob s mentálním postižením?*“

**I5: „Tak osobně vnímám autonomii jako určitou nezávislost a svobodu člověka. A u lidí s mentálním postižením asi ... totéž.“**

Autorka: „*Výborně, děkuji. Takhle mi to klidně stačí. A když jste teď jmenovala víc těch bodů u té autonomie, co si pod tím představujete, tak dokážete říct, nebo vytipovat třeba nejdůležitější složku té autonomie? Ted' konkrétně u osob s mentálním postižením?*“

**I5: „Takže pro naši cílovou skupinu, protože ty lidi s mentálním postižením jsou naše cílová skupina v naší službě, je podle mě do určité míry nejdůležitější ta svoboda, určitě soukromí a určitě taky pocit bezpečí. To si myslím, že je pro ně hrozně důležitý.“**

Autorka: „*Dobře, děkuji. Dále by mě zajímalo, jestli si tedy myslíte, že osoba s mentálním postižením může být autonomní a pokud ano, tak jak ji v tom může případně omezovat jeho stupeň závislosti na druhé osobě?*“

**I5: „Tak každý člověk je do určité míry autonomní. To jsme asi všichni. A říkám do určité míry, protože dnešní covidová situace ukázala, že autonomie je odsud-posud, nebo taková ta nezávislost. Protože to, do jaký míry můžeme být autonomní v rámci dovedností, schopností, tak to jsou i okolnosti jako ty společenské normy a tak. Takže se musíme hodně přizpůsobovat. I člověk s mentálním znevýhodněním je nebo může být autonomní. S tím, že v některých oblastech života třeba potřebuje pomoc od jiný osoby. Ale závislost na pomoci tý druhý osoby nemusí toho člověka nutně jakoby činit**

*neautonomním nebo jak to říct. Že ta autonomie trochu souvisí z hlediska psychologie se zráním člověka, s jeho osobností, s učením, se získáváním nových dovedností, osvojováním si kompetencí důležitých pro život a všichni se nějak učíme že jo, od malička až do pozdějšího věku, takže to že někomu pomáhám a podporuju ho, at už kohokoliv, at už klienta s mentálním postižením nebo svý dítě, tak to neznamená, že ten člověk nemá svoji vlastní autonomii nebo že je v ní omezovanej.“*

*Autorka: „Rozumím, děkuju moc. Dále by mě zajímalo, jestli si myslíte, že to získání té autonomie u osoby s mentálním postižením by bylo nějakým způsobem náročnější, složitější, nebo třeba delší než u osoby bez mentálního postižení?! A pokud ano, tak v čem tam vidíte ten rozdíl?“*

**I5:** *„To je asi hodně individuální a ne jenom u těch lidí s mentálním postižením, ale u lidí obecně. A může jít taky o subjektivní pocit u té autonomie. Takže i člověk s mentálním postižením může mít pocit, že je naprosto autonomní. A získávání tý autonomie? To asi není úplně u těch lidí s nějakým zdravotním omezením náročnější. Může být delší, že si některý věci osvojujou déle. Ale teď je ještě otázka, co pro ně znamená ten pocit tý autonomie, v čem ji viděj? V jaký oblasti, co je to gro? Nevim no, nevidim to tam. Může to být asi delší, ale nemyslím si, že těžší.“*

*Autorka: „Tak jo. Teď bych se chtěla s Vámi bavit o vlivech na tu autonomii. Proto by mě zajímalo, jaké Vás napadají vlastnosti, myšleno jako osobnostní rysy toho klienta, které by mohly pozitivně ovlivnit proces osamostatnění se u nově přicházejícího klienta do chráněného bydlení? Jestli tam můžou existovat nějaké vlastnosti, osobnostní charaktery, rysy, které by mu mohly v tom pomoci, lépe si zvyknout, prostě adaptovat se a tak dále?“*

**I5:** *„Nevim, asi je to hlavně o lidech a o tom, do jaké míry ten člověk chce. Jsou klienti, který přijdou do chráněného bydlení a chtějí v tom chráněném bydlení nějakým způsobem žít a chtějí si zkusit ten svůj způsob života. A pak jsou lidi, který mají vůli k tomu se naučit nějaký nový věci, osamostatnit se a jít dál. Ze to chráněný bydlení pro ně může být taková přestupní stanice k tomu běžnému životu. Ale osobnostní rysy? Nevim no, je to asi spíš o těch schopnostech a dovednostech, jak to oni vnímají. Třeba*

*nějaká schopnost učení se, nebo do jaké míry jsou schopný rozvíjet se, získávat si nové dovednosti a tak dále, no.“*

*Autorka: „Dobře, děkuji. Tak potom by mě ještě zajímalo v podstatě to samé, akorát vzhledem k věku. Tedy jestli ten věk u toho klienta, který přichází do chráněného bydlení, může ovlivňovat tu jeho autonomii, kterou si tam získává?“*

**I5:** *„No, tak s tím věkem to je takový sporný. Obecně platí, že v mladém věku se učíme všichni snadněji, rychleji. Někdy asi budeme rádi, když se vracíme k něčemu, co jsme se už naučili. A i u těch klientů může platit, že mladší člověk se bude učit rychleji a víc. Že třeba u klienta seniorského věku se bude pracovat spíš na udržení těch stávajících dovedností, co má. Ale nemusí to platit pro všechny. Máme klienty, který k nám přišli třeba já nevím, kolem 20-30 let, takže mladý věk, a od začátku mají třeba službu 24/7 a nikdy to nebude jiný, jo. Takže opravdu záleží na míře mentálního postižení, jak moc je poškozen ten mozek, jak moc to ovlivňuje tu schopnost učení se a rozvoje. Takže si myslím, že ten věk nehraje tu klíčovou roli. Zkušenosti máme takové, že když k nám přijde klient třeba v 50 letech, tak na tom může být jakoby fyzicky a duševně hůř, než když by k nám přišel jiný klient třeba v 60 letech. Že paní v 60 letech může být vitálnější, energičtější a je u ní ta vůle úplně na jiný úrovni než u toho klienta v těch 50. Takže to se nedá takhle snadno určit.“*

*Autorka: „Rozumím, děkuju. Tak potom by mě zajímalo, jestli si myslíte, že by to prostředí, ze kterého přichází ten klient do chráněného bydlení, mohlo ovlivnit tu jeho autonomii? Je úplně jedno, jestli to budete brát jako prostředí domácí, ze kterého přichází, nebo z ústavního zařízení nebo z nějaký nepříznivý situace bydlení, třeba bezdomovectví nebo tak.“*

**I5:** *„Vždycky nás ovlivní prostředí, ze kterýho pocházíme. Jestli jsme ovlivňováni rodinou. Lidí, co neměli tu možnost žít v rodině, tak jsou ovlivňováni nějakou institucí, kde třeba měli i nějaký fullservis, všechno pod nos, ale zase třeba chyběla ta svoboda, takže to všechno, si myslím, nechá na člověka stopy a ovlivňuje taky i tu jeho autonomii v tom budoucím životě. Takže domácí prostředí je lepší, ale nemusí to tak platit vždy. Někdy může být člověk v rodinném prostředí týran, může mu být líp jinde. Těžko se to posuzuje... není to tak asi jenom u klientů ale u všech lidí.“*

Autorka: „*Jistě, tak jo. Tak potom by mě zajímalo, jestli si myslíte, že na tu autonomii může mít vliv spolubydlení s další osobou v rámci toho chráněného bytu?*“

**I5:** „*Určitě. Myslim si, že jo. A hlavně máme tu zkušenost s klienty, který k nám přišli z ústavní péče, kde jsme pak třeba měli domácnost i po čtyřech, protože ty čtyři v tom ústavním zařízení žili pospolu v jednom domečku, v jednom pokoji a byli takhle spokojení. A když pak přišli vlastně do podmínek chráněného bydlení, kdy přišli do bytovky 3+1 v běžný zástavbě a postupně získávali tu svoji autonomii, nezávislost a chtěli mít to své soukromí, tak docházelo k různým rozepřím mezi těmi klienty a postupně nás to vedlo k rozestěhování těch klientů. Takže není ani u klientů, u lidí s mentálním postižením, úplně normální, že žijou s cizími lidmi, který netvoří nějakým způsobem rodinu. Takže teď už preferujeme to individualizované bydlení a máme jen pár dvojic, kde to občas zaskřípe, ale jinak si ty klienti třeba vyhovují, ale je fakt třeba lepší pro to soukromí a tu nezávislost klienta to samostatnější bydlení.*“

Autorka: „*Dobře. Takže tedy to spolubydlení vnímáte spíše negativně? Jakože může tu autonomii ovlivnit negativně? Chápu to správně?*“

**I5:** „*No, může, ale nemusí. Záleží, jak si ty lidi sednou, nasednou.*“

Autorka: „*Jasně, dobře. A teď se zeptám mimo - mírně jste naznačila ten styl fungování nebo organizaci toho chráněného bydlení u Vás, tak jestli jenom se můžu doptat? Zmínila jste tam vlastně byty v běžné zástavbě, takže tedy Vaše chráněné bydlení funguje tímto stylem? Není to tedy jeden dům, kde jsou vlastně umístěny všechny byty a několik těch domácností pohromadě? Chápu to dobře?*“

**I5:** „*Nenene, u nás v XXXX (pozn. autorky: z důvodu zachování anonymity vynecháno bližší upřesnění místa poskytování) máme tři města, ve kterých máme byty. Těch bytových jednotek máme 20 nebo 21, teď si nejsem úplně jistá. A není to tak, že by to bylo vždycky v jednom domě. V jednom městě to jsou vyloženě městské byty. Jsou na jedné ulici, ale jsou v různých domech. A v XXXX a v XXXX (pozn. autorky: opět z důvodu zachování anonymity vynecháno bližší upřesnění místa poskytování) tam to máme tak, že máme dům s pečovatelskou službou a tam máme třeba 3 nebo 4 byty v jednom domě a v jiném domě zase třeba 3, 4 nebo 5 bytů. Není to tak, že bychom měli nějaký zařízení, kde bychom měli všechny byty pohromadě.*“

Autorka: „*A jinak ohledně spolubydlení jste říkala, že teď už tedy většinou klienti bydlí samostatně?*“

**I5:** „*Ano, máme fakt jenom dvě dvojice, jinak všichni bydlí samostatně, protože nás k tomu vlastně přivedli sami ty klienti. Protože když pak často máte soužití některých klientů na případové supervizi a pořád to tam řešíte - konflikty, neshody, problémové chování,... Tak to vede k tomu, že tam je něco špatně, a že tam je problém v tom soužití.*“

Autorka: „*Dobře, rozumím. Děkuju moc. Ještě bych se chtěla zeptat ohledně dalšího vlivu. Myslíte si, že i práce asistentů chráněného bydlení nebo způsob výkonu jejich práce může ovlivnit ten proces osamostatňování se nebo ten samostatný život těch klientů v rámci autonomie?*“

**I5:** „*Tak asistenti chráněného bydlení si myslím, že odvádí to hlavní tý práce na cestě těch klientů k tomu osamostatnění se. Samozřejmě jsou asistenti vedeni – mají postupy, metodiky, podporu, ale tam to hlavní je prostě na nich. Oni vlastně vykonávají tu přímou péči s nima, oni se s nima učí vařit, nakupovat, starat se o sebe, zajišťovat si zdravotní prohlídky, takže si myslím, že ten asistent je ten hlavní průvodce na cestě tím samostatným životem.*“

Autorka: „*Dobře, děkuju moc. A mimo ty vlivy, o kterých jsme se teď vlastně bavily - napadají Vás ještě další okolnosti, které by mohly mít vliv na tu autonomii toho klienta?*“

**I5:** „*Tak jsou to jeho zájmy, další sociální kontakty, třeba v návazných službách, v práci. Myslím si, že tohle hlavně hodně ovlivňuje život těch klientů a tu jejich autonomii. A i samozřejmě my jsme rádi, když ten klient má další sociální kontakty, když chodí třeba do dílen, nebo do stacionáře nebo se uchytí na trhu práce nebo na chráněném trhu práce. Myslím si, že to všechno pozitivně ovlivňuje tu autonomii u těch klientů.*“

Autorka: „*Tak dobře, děkuju. Tak pak bych se chtěla zeptat vlastně na výhody, které vidíte u chráněného bydlení? Co vlastně nabízí těm klientům v kontextu autonomie, oproti těm jiným službám?*“

**I5:** „*Tak já už jsem to v průběhu našeho rozhovoru při některých těch otázkách zmínila, že chráněné bydlení má celou řadu výhod. Samozřejmě i u nás v chráněném*

*bydlení jsou znaky institucionality, bez pochyby ano. Protože všude jsou nějaká pravidla, musí se dodržovat nějaký postupy, takže ty znaky instituce najdeme asi všude, ale snažíme se je minimalizovat. Oproti třeba službě ústavního typu – DOZP – kde ty klienti mají vlastně fullservis, všechno naservírováno – ráno jdou na pišt’alku na léky, pak jdou na snídani, na oběd, na večeři, mezi tím mají nějaký volnej program,... Myslim si, že tam chybí vlastně těm klientům ta svoboda, ta nezávislost. Tam jsou prostě závislý na tý službě. Zatímco u nás je výhodou, že ty klienty podporujeme, aby se rozhodovali, aby si uplatnili svoje práva. Snažíme se je podporovat i třeba ve volebním právu, v partnerských vztazích a posilovat tu jejich autonomii, což si myslim, že v ústavních podmínkách úplně dít nemůže.“*

*Autorka: „Dobře, tak děkuju moc. Ted teda když jsme narazily na ty výhody, tak by mě zajímaly i nevýhody. Jestli Vás napadají nějaký nedostatky, který by třeba bylo potřeba změnit na tom chráněným bydlení, aby se autonomie třeba ještě zvýšila, prohloubila? Něco, co tam třeba není úplně vyhovující, a co třeba brání té autonomii těch klientů?“*

**I5:** *„Tak já si myslim, že z hlediska provozování tý služby jako takový, odpovídá těm potřebám těch klientů. Nejsou přepečováváni, nevystavujeme je riziku, že by neměli náležitou péči, nebo u některých ten náležitý dohled. Myslim si, že se to snažíme ladit tak nějak, jak nejlíp umíme. Takže nevýhody v tomhle směru bych ani nespátřovala. Myslim si, že principy a zásady služby máme asi nastavený fakt dobře. Snažíme se je dodržovat, máme etický kodex, standardy kvality. To všechno jakoby přispívá, aby se ta služba odehrála kvalitně. Ale to jsme trochu jinde. Takže nám spíš chybí další volný byty, pro další naše zájemce. To je asi naše nevýhoda.“*

*Autorka: „Takže myslíte nějakou omezenou kapacitu třeba? Tedy změnu vidíte v možnosti rozšířit se jako služba?“*

**I5:** *„Ano, přesně tak. Ale byty jsou omezené.“*

*Autorka: „Dobře. Tak ted’ už vlastně jenom poslední otázka. Zajímalo by mě, jaké Vás napadají příklady, kdy by mohla být jiná sociální služba vhodnější volba pro osobu s mentálním postižením, opět v kontextu jeho autonomie?“*



**I5:** „Určitě. Tak jak jsem už říkala, tak i pro některé naše klienty bylo chráněné bydlení vlastně přestupní stanicí, takže máme dneska klienty, kteří prošli DOZP, prošli chráněným bydlením, teď jsou v podpoře samostatného bydlení nebo, někteří jsou ještě dál, že jsou dneska úplně bez služby. Což je vlastně pro tu jejich autonomii úplně to nejvíc. Takže tady z těch příkladů dobrý praxe mám největší radost.“

Autorka: „Tomu rozumím.“

**I5:** „Ale takových příkladů jsme neměli tolik samozřejmě. Ale zase chápu, že pro některý klienty, který k nám přešli z DOZP, tak pro ně to chráněné bydlení může být ten strop. Že dál už se třeba nedostanou a beru to jako naprosto běžnou věc. Snažíme se, aby to bydlení, ačkoliv to zní jako chráněné, tak se snažíme, aby se ty klienty cítili tam jako doma, což si myslím, že se tak cítí.“

Autorka: „Rozumím. Tak jo, napadá vás v tuhle chvíli ještě něco, co byste chtěla někde dodat nebo ještě říct na závěr?“

**I5:** „Chci jenom říct, že jsem ráda, že opravdu žádná sociální služba nemusí být pro klienty cílovou stanicí. Protože vždycky je tam nějaký prostor pro rozvoj, nějaký potenciál, at už na straně toho klienta nebo nějakým způsobem mu my pomůžeme. Ale opravdu mám několik případů, kdy klienti jsou úplně bez služby a vídám je, a jsem s nima v kontaktu a mám z toho hroznou radost.“

Autorka: „Ano. Pokud je to za Vás takto všechno, tak Vám mockrát děkuji za rozhovor a za Váš čas.“

**I5:** „Není za co. Taky děkuju.“

## **Příloha č. 2 - Informovaný souhlas s nahráváním**

**Zdroj: vlastní tvorba**

jmenuji se Sandra Ahneová a jsem studentkou Univerzity Hradec Králové v navazujícím magisterském studiu. V souvislosti s tím zpracovávám závěrečnou diplomovou práci na téma „*Autonomie osob s mentálním postižením v kontextu služby chráněné bydlení*“. Součástí závěrečné práce je výzkumné šetření, které zkoumá především pohled pracovníků chráněného bydlení na dané téma. Výzkumné šetření bude probíhat prostřednictvím rozhovoru. Konečné výsledky výzkumu nebudou obsahovat Vaše jméno ani citlivé údaje, budou tedy zcela anonymizovány.

### **Souhlas s rozhovorem a jeho nahráváním**

Označení informanta/ky pro zachování anonymity: .....

Souhlasím, že jsem byl/a seznámen/na s obsahem a cíli výzkumu.

ANO NE

Souhlasím, že rozhovor bude nahráván a následně doslovně přepsán do písemné podoby.

ANO NE

Chci být obeznámen/na s konečnými výsledky výzkumného šetření.

ANO NE

S výše uvedenými podmínkami souhlasím dobrovolně.

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

.....  
Podpis informanta/ky